

VARHAINEN PUUTTUMINEN IKÄÄNTYNEIDEN KALTOINKOHTELUTILANTEISSA

Essi Selmo

Opinnäytetyö

Lokakuu 2013

Terveyden edistämisen koulutusohjelma, Ylempi AMK

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Tekijä(t) SELMO,Essi	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 07.10.2013
	Sivumäärä 45	Julkaisun kieli Suomi
		Verkkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi VARHAINEN PUUTTUMINEN IKÄÄNTYNEIDEN KALTOINKOHTELUTILANTEISSA		
Koulutusohjelma Terveyden edistäminen YAMK		
Työn ohjaaja(t) TIIKKAINEN, Pirjo		
Toimeksiantaja(t) Jyväskylän kaupunki, Vanhuspalvelut		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millaiset tekijät hoitoympäristössä vaikuttavat ikääntyneen kaltoinkohteluun ja miten varhaista puuttumista tutkittu ikääntyneiden kaltoinkohtelutilanteissa. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Jyväskylän kaupungin vanhuspalveluiden kanssa. Opinnäytetyön toteutustapa oli integroiva kirjallisuuskatsaus. Katsauksessa käytetty aineisto koostui ikääntyneiden kaltoinkohtelua ja varhaista puuttumista käsittelevästä 22 tutkimuksesta ja julkaisusta, jotka ovat julkaistu vuosien 2003–2013 välisenä aikana. Verkkopohjainen aineistohaku toteutettiin englanninkielellä CINAHL- tietokannassa sekä suomenkielellä muun muassa Aleksitietokannassa. Kirjallisuuskatsaukseen kootun aineiston laatua arvioitiin hyödyntämällä Cesario, Morin & Santa-Donaton (2002) laadullisen tutkimuksen arviointiohjeita. Aineiston analyysi toteutettiin teemoittelulla, jonka kautta muodostettiin neljä erilaista näkökulmaa suhteessa ikääntyneiden kaltoinkohteluun ja varhaiseen puuttumiseen. Näitä olivat kognitiivisten toimintojen heikentyminen hoidettavilla, hoitohenkilökunnan ammatillinen osaaminen ja työssä jaksaminen, hoitoympäristöstä nousevat tekijät sekä sairaanhoitajan osaaminen kaltoinkohtelun ehkäisyssä.</p> <p>Kirjallisuuskatsauksen pohjalta on laadittu toimentasuositukset kaltoinkohtelun varhaiseen puuttumiseen. Suositukset ovat kohdennettu etenkin ikääntyneiden palveluasumiseen sekä pitkäaikaishoittoon. Kirjallisuuskatsauksessa käytetyn aineiston perusteella tarvetta olisi ainakin psykogeriatrisen koulutuksen lisäämiseen. Kaltoinkohtelun tunnistamiseen kehitetyt mittarit toimivat apuvälineinä tilanteen arvioinnissa, mutta niiden tarkkuus ja luotettavuus voivat vaihdella. Siksi henkilökunnan tulisi tutustua kaltoinkohtelua määritteleviin mittareihin ennakoivasti ja sopia, mitä mittaria kaltoinkohtelutilanteiden selvittämisessä käytetään. Kaltoinkohtelun ehkäisyn tehostamiseksi voitaisiin kunnissa kokeilla esimerkiksi opinnäytetyössä esiteltyä Cardiffin-mallia.</p>		
Avainsanat (asiasanat)		
Kaltoinkohtelu, Ikääntyneet, Pitkäaikaishoito, Laitoshoidto, Palveluasuminen, Varhainen puuttuminen		
Muut tiedot		

Author(s) SELMO,Essi	Type of publication Master's Thesis	Date 07.10.2013
	Pages 45	Language Finnish
		Permission for web publication (X)
Title EARLY INTERVENTION IN ELDERLY NEGLECT		
Degree Programme Master's Degree Programme in Health Promotion		
Tutor(s) TIIKKAINEN,Pirjo		
Assigned by City of Jyväskylä		
<p>Abstract</p> <p>The aim of the thesis was to explore which factors influence on elderly neglect in a nursing environment and what kind of research has been conducted concerning early intervention in cases of elderly neglect. This Master's Thesis was produced in co-operation with the Elderly Care Services of the Jyväskylä City. The thesis was implemented as an integrative literature review. The material for the review contained different perspectives on the phenomenon of elderly neglect and early intervention. The data analyzed for the review consisted of 22 scientific studies and publications which had been published during the years 2003-2013. An electronic search for data in English was conducted by using the CINAHL database, and Finnish material was collected by using the Aleksis e-resource. The quality of the collected data was evaluated by using the Instructions for Evaluating Qualitative Literature by Cesario, Morin & Santa-Donato (2002). The data was analyzed by using themes, through which it was possible to form four different perspectives considering early intervention and elderly neglect. These were the decreased cognitive functions of an elderly person, the professional knowledge and working ability of the nursing staff, issues related to the nursing environment and the role of professional nurses in the prevention of elderly neglect.</p> <p>Guidelines for early intervention and prevention of elderly neglect were drafted based on the literature review. These guidelines were especially targeted for long-term care of elderly clients. Based on the research literature, the level of psychogeriatric nursing education and professional knowledge should be increased. Assessments and criteria are valuable tools for the evaluation of elderly neglect. However, their validity and specificity can be variable. For this reason nursing professionals should become acquainted with the issue and reach agreements on which assessment methods for elderly neglect will be used. The Cardiff City Model that was introduced in this thesis could be tested in Finnish municipalities in order to optimize the prevention of elderly neglect.</p>		
<p>Keywords</p> <p>Neglect, Long-term care, Elderly care, Residential care, Early intervention</p>		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	5
3 IKÄÄNTYNEEN KALTOINKOHTELU	6
3.1 Kaltoinkohtelun määrittely.....	6
3.2 Kaltoinkohtelun historiallinen tausta	8
3.3 Kaltoinkohtelun yleisyys	9
3.4 Kaltoinkohtelu hoitoympäristössä.....	11
3.5 Ikääntynyt itsensä kaltoinkohtelijana.....	13
3.6 Kaltoinkohtelu tutkimuksen haasteet	15
4 VARHAINEN PUUTTUMINEN	16
5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	18
6 TUTKIMUSMENETELMÄT	19
6.1 Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen edut ja kritiikki.....	20
6.2 Aineistonkeruumenetelmät ja haun toteutus.....	21
6.3 Artikkelien valintakriteerit	22
6.4 Aineiston laadun arviointi ja analyysi	23
7 TUTKIMUSTULOKSET	26
7.1 Henkilökunnan työssä jaksaminen	26
7.2 Henkilökunnan ammatillinen osaaminen.....	28
7.3 Hoitoympäristöstä nousevat tekijät	29
7.4 Kognitiivisten toimintojen heikentyminen hoidettavilla.....	30
7.5 Sairaanhoidajan osaaminen kaltoinkohtelun ehkäisyssä.....	31
7.6 Ikääntyneen kaltoinkohtelua tunnistavat ja arvioivat mittarit hoitotyössä.....	33
8 TOIMINTASUOSITUKSET KALTOINKOHTELUN VARHAISEEN PUUTTUMISEEN PALVELUASMISSA JA PITKÄAIKAISHOIDSSA	35
9 TULOSTEN LUOTETTAVUUS.....	37
9.1 Kirjallisuuskatsauksessa käytettyjen käsitteiden määrittely	38
9.2 Aineiston relevanttius.....	38
10 LOPUKSI	39

Lähteet.....	41
Liitteet	46
LIITE 1: Varhainen puuttuminen ikääntyneen kaltoinkohtelutilanteessa	46
LIITE 2: Katsauksessa käytetty aineisto	47

KUVIOT

KUVIO 1. Vuoden 2003–2004 aikana Walesissa, Cardiffin hallintoalueella viranomaisten tietoon tulleet aikuisten kaltoinkohtelutapaukset eriteltynä asiakasryhmittäin ..	11
KUVIO 2. Vuoden 2003–2004 aikana Cardiffissa viranomaisten tietoon tulleet aikuisten kaltoinkohtelutapaukset eriteltynä paikkakohtaisesti	13
KUVIO 3. kaltoinkohtelu ja varhainen puuttuminen: Aineistosta nousseet näkökulmat	26

1 JOHDANTO

Käsityksemme vanhuudesta ja vanhenemisesta ovat kulttuurisidonnaisia ja muuttuneet ajan saatossa. Ikääntyneen asemaa voi monella tapaa verrata lapsen asemaan yhteiskunnassa. Molempien ikäryhmien asema ja hyvinvointi on ollut riippuvainen työtä tekevien aikuisten ja poliittisen vallan suhtautumisesta heikompien väestöryhmien olosuhteisiin. Suomalainen väestö ikääntyy nopeaa tahtia ja vanhimman väestöryhmän määrän lisääntyessä palvelujen tarpeen ennakoidaan moninkertaistuvan. On erittäin suuri haaste turvata laadukkaita palveluita vanhusväestölle samaan aikaan kun hoitoa tarvitsevien määrä kasvaa jyrkästi, mutta veronmaksajien määrä vähenee. Heinäkuussa 2013 voimaan tulleen vanhuspalvelulain tavoitteena on varmistaa, että iäkkäät ihmiset saavat yksilöllistä tarpeittensa mukaista hoitoa ja huolenpitoa yhdenvertaisesti koko maassa.

Tässä työssä ei ole lähdetty avaamaan ikääntymis-käsitettä, sillä pelkästään ikä on käsitteenä monimuotoinen ja pitää sisällään esimerkiksi yksilön biologisen ja persoonallisen iän. Koska opinnäytetyöni tarkastelee ikääntyneiden kaltoinkohtelua erityisesti laitosisolosuhteissa, puhutaan tässä yhteydessä niistä ikääntyneistä, jotka ovat pitkäaikaishoidon tai palveluasumisen asiakkaita. Pitkäaikaista laitoshoidoa annetaan vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla sekä erilaisissa hoito-, hoiva- ja sairaskodeissa. Vuonna 2011 oli pitkäaikaishoidossa yhteensä 1945 asukasta, jotka olivat iältään alle 64-vuotiaita (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos, 2012). Määrä on vähäinen, sillä laitoshoidoa ja ympärivuorokautisia asumispalveluja sai samana vuonna yhteensä 60 429 suomalaista. Lisäksi terveyskeskusten ja sairaaloiden pitkäaikaishoidossa oli 9 306 asiakasta. (Tossavainen & Kuronen 2011, 3.)

Asumispalvelut ovat sosiaalihuoltolain mukaisia sosiaalipalveluja, joiden järjestämisestä vastaa kunta. Tehostettu palveluasuminen sisältää asukkaan ympärivuorokautisen palvelun ja huolenpidon asumispalveluyksikössä sekä sitä tukevat palvelut.

Vuonna 2011 tehostetussa palveluasumisessa asui 24 777 yli 65-vuotiasta suomalaista. (Terveys- ja hyvinvoinnin laitos, 2012). Näistä tilastoista voidaan päätellä, että ne ikääntyneet, joihin tässä työssä viitataan, ovat yli 65-vuotiaita.

Ikääntyminen yhteiskunnallisena ilmiönä tarkasteltuna on erityisesti sosiaali- ja yhteiskuntatieteellinen, jolloin pohditaan miten ikääntyminen vaikuttaa esimerkiksi työelämässä. Tällä hetkellä suurimmat kysymykset koskevat ikääntyneiden kansalaisten hoidon turvaamista ja sitä, miten laadukas hoito tullaan jatkossa verovaroin rahoittamaan. Vaikka kotona asuvien iäkkäiden määrä on kasvanut ja kasvaa jatkuvasti, miltei kaikkien heidän tarvitsemiensa palvelujen suhteellinen kattavuus on kuitenkin vähentynyt viimeisten 20 vuoden ajan. Ainoastaan palveluasumisen ja omaishoidon tuen kattavuus on lisääntynyt, kun taas kotiin annettava apua ja perinteistä pitkäaikaishoitoa laitoksissa on supistettu voimakkaasti (Vaarama 2009, 131.)

Opinnäytetyö on toteutettu yhteistyössä Jyväskylän kaupungin vanhuspalveluiden kanssa. Opinnäytetyön tarkoitus on kuvata kaltoinkohteluun vaikuttavia riskitekijöitä ikääntyneiden laitosisuhteissa sekä selvittää miten varhaista puuttumista on käytetty ikääntyneiden kaltoinkohtelun ehkäisyssä. Opinnäytetyön toteutustavaksi on valittu kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Tulosten pohjalta on laadittu toimentasuositukset kaltoinkohtelun varhaiseen puuttumiseen. Suositukset ovat kohdennettu etenkin ikääntyneiden palveluasumiseen sekä pitkäaikaishoitoon.

3 IKÄÄNTYNEEN KALTOINKOHTELU

3.1 Kaltoinkohtelun määrittely

Ei ole olemassa selkeää määritelmää siitä, mitä kaikkea ikääntyneiden kaltoinkohtelu pitää sisällään. Yhtenäistä kaikissa kaltoinkohtelun määritelmissä näyttäisi olevan kuitenkin se, että ikääntyneen kaltoinkohtelu voi olla joko tietoinen teko tai tekemättä jättäminen. Englanninkielisessä kirjallisuudessa vanhusten kaltoinkohtelua käsitel-

lään useilla eri termeillä. Näitä ovat esimerkiksi abuse, neglect ja mistreatment. Pelkästään ”elder abuse”-käsitteelle on olemassa useita eri tulkintoja. Osa tutkijoista kokee ”abuse” käsitteen olevan liian seksuaalis-sävytteinen, joten tutkimuksissa käytetään myös termejä ”violence” tai ”violence against the elderly”. (Bennett & Kingston, 1993; McCreadie, 1996; Blood 2006; Neno & Neno, 2005).

Maailman terveysjärjestö WHO on erotellut viisi eri tekijää liittyen ikääntyneiden kaltoinkohteluun. Näitä ovat fyysinen väkivalta, henkinen tai emotionaalinen väkivalta, taloudellinen tai aineellinen hyväksikäyttö, seksuaalinen väkivalta sekä laiminlyönti. Lisäksi monissa alkuperäiskansojen keskuudessa on haluttu nostaa esiin vanhusten asema omassa kulttuuripiirissä. Esimerkiksi Intiassa kastittomien vanhusten olosuhteet ovat erittäin ankarat. Siksi WHO on halunnut sisällyttää vanhusten kaltoinkohtelun määrittelyyn myös seuraavat tekijät: vanhusten kunnioituksen häviäminen, syytökset noituudesta (Saharan eteläpuoleisessa Afrikassa) ja terveydenhuollon ja hallinnon järjestelmissä esiintyvä kaltoinkohtelu. (Krug, Dahlberg, Mercy & Lozano 2005, 149.)

Asiantuntijoiden mukaan yhtenä kaltoinkohtelun muotona tulisi pitää myös ikääntyneiden ylilääkitsemistä ja ylipäättänsä virheellistä lääkehoitoa. Esimerkiksi kipulääkkeitä saatetaan määrätä vastoin suosituksia ja yhteisvaikutuksista tiedetään huonosti. (Suomen lääkirilehti 2004, 4219.) Vuonna 2010 tehdyn selvityksen mukaan yksityisessä ja kunnallisessa palveluasumisessa keskimäärin 30,8 % asiakkaita oli käytössä antipsykoottisia lääkkeitä, mutta ei psykoottisen sairauden diagnoosia tai oireita. Hyvän hoidon raja-arvoksi antipsykooteille (ilman diagnoosia tai oireita) on määritetty 13,4 %. (Sinervo, Noro, Tynkkynen, Sulander, Taimio, Finne-Soveri, Lilja, & Syrjä 2010, 57.)

Pillemerin (1989, 18) mukaan kaltoinkohtelua voi tarkistella myös siitä näkökulmasta, onko vanhukseen kohdistuva toiminta aktiivista vai passiivista kaltoinkohtelua. Aktiivinen kaltoinkohtelu on Pillemerin mukaan tietoista ja tahallista haitan tuottamista vanhukselle. Toiminnan seurauksena ilmenee esimerkiksi psyykkistä stressiä tai fyysistä kipua. Passiivinen kaltoinkohtelu on hoitotehtävien laiminlyöntiä, johon ei kui-

tenkaan sisälly tahallista toimintaa tai halua vahingoittaa hoidettavaa. Passiivinen kaltoinkohtelu voi olla esimerkiksi fyysisen sairauden hoitamatta jättämistä, joka johtuu hoitajan osaamattomuudesta tai ymmärtämättömyydestä. Viime vuosina on huomiota alettu kiinnittämään myös toisenlaiseen kaltoinkohtelun muotoon, jota näyttää esiintyvän varsinkin psyykkisesti sairaiden vanhusten parissa. Englanninkielisissä tutkimuksissa tilaan viitataan käsitteellä ”self-neglect” eli ihminen itsensä kaltoinkohtelijana. Tätä ilmiötä kuvataan tarkemmin luvussa ” Ikääntynyt itsensä kaltoinkohtelijana”.

3.2 Kaltoinkohtelun historiallinen tausta

Perheväkivallan seurauksista sekä naisten ja lasten kaltoinkohtelusta on tehty tutkimuksia vuosikymmenten ajan. Ensimmäiset lääketieteelliset maininnat lapsiin kohdistuvasta fyysisestä väkivallasta löytyvät 1800-luvulta. Laajasti aihetta alettiin tutkia 1960-luvulla, jolloin termi ” lasten hyväksikäyttö ” vakiintui kirjallisuuteen (Brandl ym. 2007, 22). Suomessa lastensuojelulle annettiin merkittävä rooli sosiaalipolitiikassa jo 1920-luvulla (Mattila 2011, 7). Samalla vuosikymmenellä perustettiin muun muassa Mannerheimin lastensuojeluliitto edistämään lasten ja nuorten hyvinvointia. Vanhusten kaltoinkohtelua pidettiin perheväkivallan muotojen tavoin alun perin sosiaalisen hyvinvoinnin kysymyksenä. Ensimmäisen kerran vanhuksiin kohdistuneesta kaltoinkohtelusta mainittiin lääketieteellisessä kirjallisuudessa vuonna 1975 termillä ” granny battering ”. Brittiläisellä lehdistössä oli aikaisemmin käsitelty laajasti lasten pahoinpitelyä, jota siihen aikaan kutsuttiin termillä ”baby battering”.

British Medical Journalissa julkaistussa artikkelissa vaadittiin kiinnittämään huomiota vanhusten kaltoinkohteluun, jota tapahtui havaintojen mukaan erityisesti omaisten toimesta. (British Medical Journal 1975, 3.)Suomeen keskustelu ikääntyneiden kaltoinkohtelusta rantautui vasta vuosia myöhemmin. Vanhusten kohtelua alettiin maassamme tutkia 1970–80-lukujen vaihteessa. Turun yliopiston yleislääketieteen professorin Sirkka-Liisa Kivelän johtamissa tutkimuksissa todettiin, että yli 65- vuotiaista miehistä noin 3 prosenttia ja naisista 7–8 prosenttia oli tullut eläkeiässä joko

perheenjäsenen tai ulkopuolisen tahon kaltoinkohtelemaksi. (Suomen lääkirilehti 2004, 4218.)

Vanhusten kaltoinkohtelu tuli ensin esiin teollisuusmaissa. Vaikka valtaosa tutkimuksista on tehty nimenomaan länsimaissa, raportit kehitysmaista osoittavat sen olevan maailmanlaajuinen ilmiö. (Krug, Dahlberg, Mercy & Lozano 2005, 149.) Keskustelua vanhusien kaltoinkohtelusta on lisännyt myös tietoisuus siitä, että tulevana vuosikymmeninä sekä teollisuus- että kehitysmaissa entistä suurempi osa väestöstä kuuluu juuri nimenomaan vanhuksiin.

3.3 Kaltoinkohtelun yleisyys

Huolimatta siitä, että useita tutkimuksia ja määritelmiä ikääntyneiden kaltoinkohtelusta on julkaistu, ei kaltoinkohtelun määritelmästä ole olemassa täyttä yksimielisyyttä tutkijoiden parissa (McGarry & Simpson 2009, 34). Erlingssonin mukaan (2006, 151) selvän määritelmän puuttuminen johtaa siihen, että ikääntyneiden kaltoinkohteluun puututaan edelleen harvoin. Myös se mikä määritellään tahalliseksi tai tahattomaksi toiminnaksi vaikeuttaa käsitteen selkiintymistä. Suomessa geriatrinen kirjallisuus määrittelee ikääntyneiden kaltoinkohtelun 65-vuotiaisiin kohdistuvana fyysisenä ja psyykkisenä väkivaltana, seksuaalisena tai taloudellisenä hyväksikäyttönä. Kaltoinkohtelu voi myös olla hoidon ja avun laiminlyöntiä, väärää hoitoa, oikeuksien rajoittamista tai loukkaamista sekä ihmisarvoa muutoin alentavaa kohtelua. (Sulkava 2010.)

Kaltoinkohtelun yleisyyttä ikääntyneiden parissa on tutkittu useissa eri maissa. Erikssonin tekemässä ruotsalaistutkimuksessa (2001, 81–85) 16 % naisista ja 13 % miehistä oli kohdannut kaltoinkohtelua. Tutkimukseen osallistui 1500 Umeån kunnassa asuvaa ikääntynyttä, iältään 65–80 vuotiaita. Suuri osa koetuista kaltoinkohtelutilanteista oli tutkimuksen mukaan häirintää tai uhkailua. Yleisimmin häirinnän ja uhkailun aiheuttaja oli vastaajan entinen tai nykyinen puoliso. Naisista 3,4 % ja miehistä 5,4 % oli kokenut uhkailua tai häirintää kyseisen tahon osalta. Lapsen tai lapsipuolen aihe-

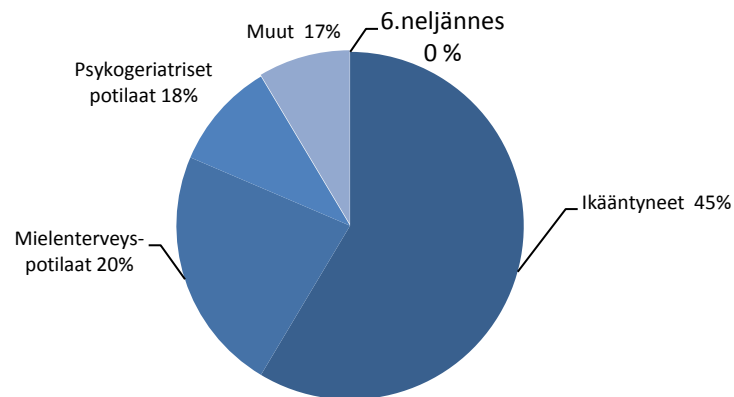
uttama häirintä tai uhkailu oli harvinaisempaa. Naisista 1,5 % ja miehistä 1,6 % oli kokenut uhkailua tai häirintää lapsensa tai lapsipuolensa taholta.

Suomalaisessa tutkimuksessa 7,0 % eläkeikäisistä naisista ja 2,5 % miehistä on kertonut joutuneensa perheväkivallan kohteeksi 65 ikävuoden jälkeen. Perheen ulkopuolisen väkivallan kohteeksi on kertonut joutuneensa 2 % naisista ja noin 1 % miehistä. Perheen ulkopuolisen väkivallan kohteeksi oli joutunut 2 % naisista ja noin 1 % miehistä. Tutkimuksessa läkkään pahoinpitelyllä tarkoitetaan toisen henkilön tahallisesti iäkkäälle aiheuttamaa vahinkoa tai harmia ja se on jaettu fyysiseen, psyykkiseen, taloudelliseen ja seksuaaliseen pahoinpitelyyn. (Kivelä, Hartikainen, Isoaho 2001, 775–779.)

Englannissa tehdyn haastattelututkimuksen mukaan 2,6 % yli 66-vuotiaista ikääntyneistä oli kokenut jonkinlaista kaltoinkohtelua (O’Keeffe ym. 2007, 24). Tutkimuksessa kaltoinkohtelu määriteltiin yksilöön kohdistuvana haitallisena toimintana tai toistuvina tekoina läheisten, ystävien tai hoitohenkilökunnan osalta. Tutkimukseen osallistuneita henkilöitä oli yli kaksituhatta. 1,1 % vastaajista oli kokenut joko psyykkistä, fyysistä tai seksuaalista hyväksikäyttöä. 0,7 % vastaajista oli kokenut taloudellista hyväksikäyttöä. Vastaajat, jotka kertoivat kaltoinkohtelusta, 43 % heistä koki tilanteen vakavana ja 33 % todella vakavana. Tutkimukseen ei valikoitu hoitolaitoksissa olevia tai vakavasti sairaita henkilöitä. (O’Keeffe ym. 2007, 24–26.)

Etelä-Walesissa, Cardiffin alueella on tilastoitu vuoden 2003–2004 välisenä aikana viranomaistietoon tulleet aikuisväestön hyväksikäyttö- ja kaltoinkohtelutapaukset. Vuoden aikana yhteydenottoja tuli kaikkiaan 158 kappaletta, joita 89 tapausta koski yli 65-vuotiaista henkilöä. 16 kirjauksen kohdalla tietoja ei voitu luokitella (n=16). Kokonaisuudessaan yli 65-vuotiaiden osuus hyväksikäyttö- ja kaltoinkohtelutapauksissa oli 62,6 %. Kolmasosa ilmoituksista koski fyysistä kaltoinkohtelua. Seuraavaksi yleisin kaltoinkohtelun muoto (17 %) oli riittämätön tai epäasianmukainen hoito esimerkiksi hoitolaitoksessa. 19 % tapauksissa kyseessä oli henkinen tai psyykkinen hyväksikäyt-

tö- tai kaltoinkohtelutilanne. (Cardiff County Council, South Wales Interagency Procedures for the Protection of Vulnerable Adults 2004, 14.)



KUVIO 1. Vuoden 2003–2004 aikana Walesissa, Cardiffin hallintoalueella viranomaisten tietoon tulleet aikuisten kaltoinkohtelutapaukset eriteltynä asiakasryhmittäin.

3.4 Kaltoinkohtelu hoitoympäristössä

Laitoksissa asuvien vanhusten osuus vaihtelee neljästä seitsemään prosenttiin. Etelä-Afrikassa vanhuksista noin 4,5 % asuu laitoksissa. Kanadassa vastaava luku 6,8 % ja Yhdysvalloissa 4 %. (Krug, Dahlberg, Mercy & Lozano 2005, 151.) Hoitohenkilökunnan aiheuttama kaltoinkohtelu on pitkään ollut tabu länsimaaisessa yhteiskunnassa. Syyksi puhumattomuuteen voidaan kenties nähdä feminiiniseen hoitokulttuuriin liittyvät mielikuvat, johon huonosti sopivat sellaiset käsitteet kuten väkivalta ja pelko.

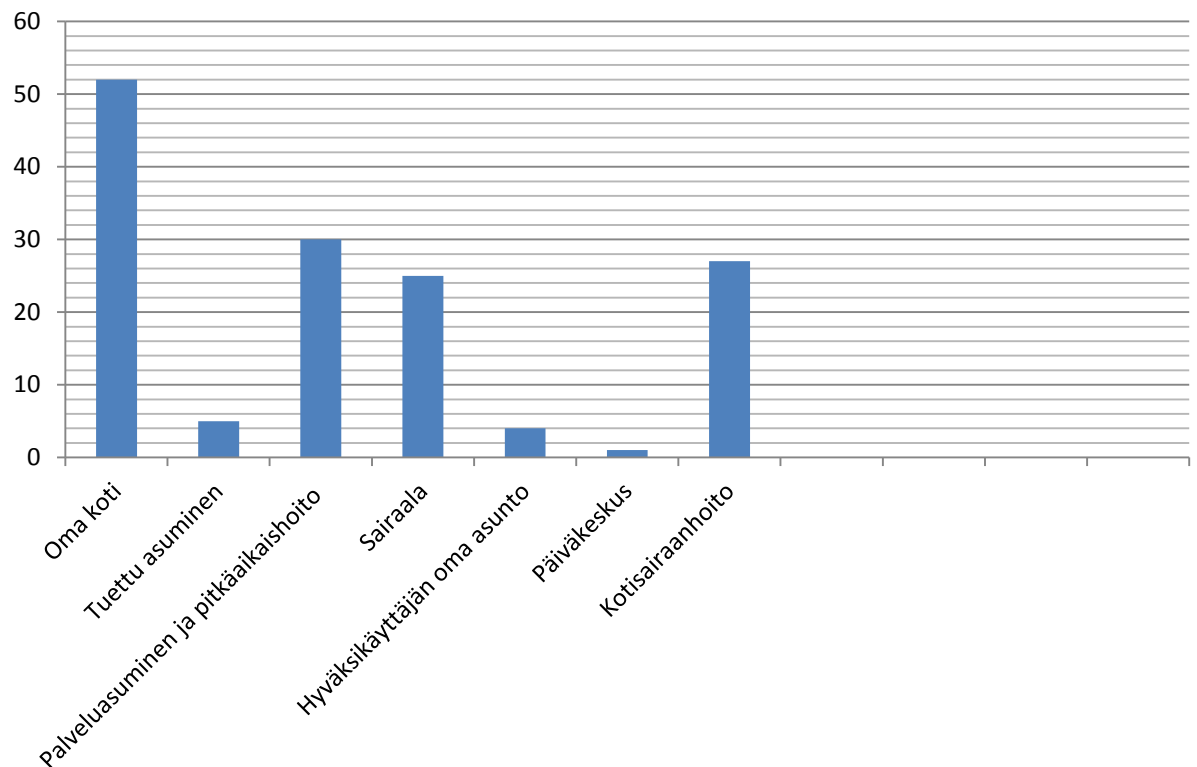
Myös muut työyhteisöissä esiintyvät ongelmat, kuten työntekijöiden päihteiden käyttö tai psyykkinen pahoinvointi, ovat nousseet keskustelunaiheeksi hoitotyön ammatityöyhteisöissä vasta viime vuosikymmeninä. Yksi ensimmäisistä tutkimuksista, jotka kuvasivat laitosisolosuhteissa tapahtuvaa kaltoinkohtelua, julkaistiin 1989. Pillemerin

ja Mooren tutkimuksessa joka kolmas amerikkalaishoitaja oli todistanut vanhusten kaltoinkohtelutilannetta (Pillemer & Moore 1989, 314–320). Vastaajia Pillemerin ja Mooren tutkimuksessa oli 557 hoitokodin työntekijää.

Vuonna 2010 tehdyssä tutkimuksessa yli puolet hoitajista oli todistanut ikääntyneisiin kohdistunutta kaltoinkohtelua laitososuhteissa. Tutkimukseen oli haastateltu 66 irlantilaishoitajaa. Edellisessä luvussa viitatus walesilaisraportin mukaan vuoden 2003–2004 välisenä aikana kerätyt tiedot Cardiffin alueen aikuisten kaltoinkohtelu- ja hyväksikäyttö tapauksista koskivat usein sosiaali- ja terveysalan ammattilaisen toimintaa. Näitä ilmoituksia oli 39 % kaikista vuoden aikana kerätyistä ilmoituksista. (Cardiff County Council, South Wales Interagency Procedures for the Protection of Vulnerable Adults 2004, 17.)

Eri kulttuureissa työskentelevien hoitajien suhtautumista ikääntyneen kaltoinkohteluun on tutkittu muun muassa vertailemalla japanilaisten ja ruotsalaisten hoitajien näkemyksiä eri hyväksikäyttötilanteiden suhteen. Erlingssonin, Onon, Sasakin & Savemanin (2011, 56–67) mukaan japanilaisten ja ruotsalaisten sairaanhoitajien suhtautuminen kaltoinkohteluun oli erittäin yhtenevää vaikka kulttuurierot hoitajien kesken ovat suuret. Tutkimustulos viittaa siihen, että kaltoinkohtelu aiheena edustaa universaalia humaaniutta, jonka edistäminen kuuluu ihmisten eettisiin arvioihin kulttuuritausta riippumatta.

Kaltoinkohtelua on tutkittu sekä hoitajien että hoidettavien näkökulmasta. Tutkimusten toteutusta kuitenkin hankaloittaa ikääntyneiden psyykkiset ja fyysiset tekijät. Esimerkiksi muistihäiriöisten henkilöiden haastattelu ei välttämättä anna kovin luotettavaa kuvaa kaltoinkohtelun yleisyydestä. Toisaalta monen ikääntyneen kokemukset jäävät kuulematta esimerkiksi juuri muistiongelmien vedoten vaikka tutkimuksen mukaan dementia on selvä riskitekijä ikääntyneelle tulla kaltoinkohdelluksi. (Wiglesworth, Mosqueda, Mulnard, Liao, Gibbs & Fitzgerald 2010, 493–500.)



KUVIO 2. Vuoden 2003–2004 aikana Cardiffissa viranomaisten tietoon tulleet aikuisten kaltoinkohtelutapaukset eriteltynä paikkakohtaisesti

3.5 Ikääntynyt itsensä kaltoinkohtelijana

Kaltoinkohtelu mielletään usein toisen osapuolen aiheuttamaksi teoksi. Ikääntyneiden kohdalla on mediassa runsaasti käsitelty laitososuhteissa tapahtuvaa kaltoinkohtelua ja heitteille jättöä. Yhteiskunnalliseen keskusteluun ei juuri ole nousseet tapaukset, jossa esimerkiksi yksinasuvan ikääntyneen asuinolosuhteet olisivat olleet suoranaisesti järkyttävät. Todennäköistä on, että näitä tapauksia on huomattavasti enemmän verraten laitoksissa tapahtuvaan kaltionkohteluun. Jos yksinasuva, kotiinsa erakoitunut henkilö ei aiheuta ympäristössä minkäänlaista häiriötä, ei tilanteeseen yleensä edes puututa. Syynä tähän ei välttämättä ole pelkästään piittaamattomuus vaan myös kulttuuri, jossa yksilön intymiteettisuoja on korkea eikä yhteisöllisyys elä kovin vahvana.

Englanninkielisessä kirjallisuudessa itsensä kaltoinkohteluun viitataan käsitteellä ”self-neglect”. Itseään laiminlyövästä iäkkäistä on käytetty myös nimitystä vanhuuden likaisuus – oireyhtymä eli senile squalor syndrome sekä vakavasti itseään laiminlyövät eli ”gross self-neglec”.(Kivelä, Isoaho & Wasén 2002, 761–764.) Sairaus tunnetaan myös Diogeneen syndroomana. Levinen (2003, 40) mukaan sairauden prognoosi on huono, sillä usein itseään kaltoinkohtelevat henkilöt ovat eristäytyneitä, kokevat vastoin todellista tilaa oman ympäristönsä ja hygieniansa moitteettomaksi sekä kieltäytyvät kaikesta tarjotusta avusta.

Barley, O’Neill, Knight ja O’Brien (2011) määrittelevät tutkimuksessaan itsensä kaltoinkohtelun tilana, jossa henkilön toiminta tai toimimattomuus aiheuttaa vakavaa haittaa yksilön terveydelle ja hyvinvoinnille. Henkilö myös toistuvasti kieltäytyy toiminnoista, jotka parantaisivat hänen elämänlaatuaan tai asuinympäristönsä turvallisuutta. Tilan syntyyn johtavat syyt ovat tuntemattomat. Aiheesta ei myöskään ole tehty pitkäaikaisia seurantatutkimuksia, mutta pilottitutkimusten mukaan dementia, alkoholismi ja masennus näyttäisivät olevan yhteydessä kyseiseen kaltoinkohtelun muotoon.(Barley,O’Neill,Knight & O’Brian 2011, 2163.) Yhdeksi teoriaksi on myös esitetty, että psykososiaalinen menetys (esimerkiksi puolison kuolema) laukaisee kyseisen käyttäytymisen muutoksen henkilössä, jolla on aiemmin ollut taipumusta eristyneisyyteen ja epäluuloisuuteen. Tässä häiriötilassa persoonallisuuden rakenne määrittelee henkilön puolustusmekanismit, jolloin epäluuloisuus ja erakoituminen saattavat nousta korostuneesti esiin henkilön käyttäytymisessä. Tämä puolestaan johtaa itsensä laiminlyöntiin. (Kivelä, Isoaho & Wasén 2002, 761–764 .)

Tyypillistä itseään kaltoinkohtelevalle henkilölle on, että kotona asuinolosuhteet ovat erittäin puutteelliset ja epäsiistit. Henkilö on voinut viimeksi käydä suihkussa kuukausia sitten. Ruoka on usein syömiskelvotonta ja esimerkiksi lemmikkieläimen ulostetta voi olla ympäri huoneistoa. Usein henkilöt kärsivät myös hoitamattomista sairauksista kuten diabeteksesta, sydänongelmista. Henkilöt usein vastustavat hoitoa eivätkä

halua poistua asunnostaan. Myös hoitohenkilökunnalle ja lääkärille tilanteeseen puuttuminen saattaa olla haastavaa. Itseään kaltoinkohteleva vanhus kärsii usein pitkäaikaisista ravintoaineiden puutostiloista, lääkityksen laiminlyönnin aiheuttamista komplikaatioista sekä erilaisista ihosairauksista ja tulehdustiloista.

3.6 Kaltoinkohtelu-tutkimuksen haasteet

1970-luvun loppu puolelta alkaen on kirjallisuudessa esiintynyt kymmeniä eri määritelmiä vanhusten kaltoinkohtelulle. Keskustelua on käyty myös siitä eroaako esimerkiksi laitoksissa tapahtuva kaltoinkohtelu kotona asuvien vanhusten kaltoinkohtelusta. Käsitteen määrittelyyn on varmasti vaikuttanut myös se, mistä näkökulmasta ikääntyneen kaltoinkohtelua tarkastellaan. Onko kyseessä ikääntyneen itsensä vai esimerkiksi hoitajan tai omaisen kokemus? Suomalaisessa tutkimuksessa pitkäaikashoidon asiakkaat ja omaiset kertoivat havainneensa fyysistä kaltoinkohtelua tutkimuksessa hoitopaikassa terveystieteiden vuodeosastolla. Tutkimukseen osallistuvista hoitajista kukaan ei ollut havainnut kaltoinkohtelua kyseisessä työympäristössä. Toisaalta hoitajat ja omaiset kokivat hoidon yksilöllisyydessä olevan puutteita kun taas tutkimukseen osallistuvista hoidettavista kukaan ei kokenut asiaa samoin. (Teeri, Leino-Kilpi & Välimäki 2006 116–129.) Tutkimukseen osallistuneita hoitajia, omaisia ja hoidettavia oli kokonaisuudessaan 36 henkilöä, joista hoitajia yhdeksän. Hoitajat ja potilaat olivat neljältä eri osastolta, joten myös siksi kokemukset hoidon laadusta voivat vaihdella.

Ongelma kaltoinkohtelua kartoittavissa tutkimuksissa onkin usein osallistujien vähäinen määrä. Edellä mainittuun tutkimukseen oli osallistunut ainoastaan yhdeksän hoitajaa kolmestakymmenestä työntekijästä. Lisäksi ongelmana saattavat olla hoitohenkilökunnan ja omaisten eriävät näkemykset siitä mitä ylipääntänsä on hyvää hoitoa. Esimerkiksi potilaan terveydentilaa koskevaa informointia ja henkilötietojen käsittelyä ohjaa maassamme potilastietolaki. Laki antaa yksityiskohtaiset määräykset siihen, millaisia tietoja eri tilanteissa voidaan omaisille tai muille hoitotahoille potilaan hoidosta antaa. Omainen saattaa nähdä puutteita tiedon kulussa, kun hoitohenkilökunta puolestaan pyrkii noudattamaan laissa määriteltyjä toimintatapoja.

Kriittiset äänet ovat kyseenalaistaneet ikääntyneisiin kohdistuvat kaltoinkohtelu- tutkimukset täysin. Perusteena toimii esimerkiksi se, että muu perheissä tapahtuva, lapsiin ja naisiin kohdistuva kaltoinkohtelu ja hyväksikäyttö on moninkertaisesti yleisempää. Vuonna 1989 julkaistussa teoksessa ”Age and Vulnerability” kirjoittaja Olive Stevenson toteaa, että tutkimusten toteutus ikääntyneiden kaltoinkohtelusta on täysin turhaa, sillä se voi johtaa vain vääriin arviointilukuihin tilanteen vakavuudesta. Stevensonin mielestä eri näkemykset kaltoinkohtelun-käsitteen sisällöstä johtavat siihen, että jokainen tutkija tekee tutkimuksia omien määritelmien mukaan. Näin ollen tutkimukset loppujen lopuksi käsittelevät aivan eri asioita. Toiseksi kaltoinkohteluluvut perustuvat usein viranomaisten antamiin tietoihin, jotka taas ovat usein toisistaan hyvinkin poikkeavia. Lisäksi hyväksikäyttö on usein salattua, jolloin esille tuonti on myös erittäin hankalaa. (Stevenson, 1989, 22.)

4 VARHAINEN PUUTTUMINEN

Varhainen puuttuminen, varhainen tuki, ja varhainen tunnistaminen ovat käsitteitä, jotka esiintyvät kirjallisuudessa myös toistensa synonyymeina. Kirjallisuudessa sivutaan usein varhaisen puuttumisen merkitystä sairauksien ja sosiaalisten ongelmien ehkäisyssä. Varhainen puuttuminen voidaan nähdä myös ammattilaisten eettisenä velvollisuutena puuttua huolta herättävään tilanteeseen ja estää tilanteen eskaloituminen. Esimerkiksi psykoosipotilaan hoidossa, varhainen puuttuminen voi mahdollisesti vähentää psykoosin kestoja, potilaan toimintakyvyn laskua ja yksilön kokemaa kärsimystä ja pelkoa.

Varhaista puuttumisen malli on ollut laajasti käytössä erilaisissa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköissä niin Suomessa kuin ulkomailla. Käsitteen laajuudesta huolimatta, varhaisen puuttumisen eettinen näkökulma perustuu terveyden edistämiseen, elämän laadun parantamiseen ja sairauksien ehkäisyyn. Esimerkkinä tästä voidaan mainita sosiaali- ja terveyshuollossa toteutettava ehkäisevä mielenterveys-työ. Psykiatristen potilaiden parissa varhaisen puuttumisen mallia onkin tutkittu runsaasti (Morse & Procter 2010, 2702–2711.) Viime vuosina on entistä enemmän ryhdytty kiinnittämään huomiota varhaiseen puuttumiseen psykoosipotilaiden hoidossa,

sillä käytännön hoitokokemukset ovat osoittaneet sen toimivaksi tavaksi tunnistaa psykoosioireita ja kiinnittää potilaat hoidon piiriin. Morse ja Procterin (2011, 2703) Varhaisen puuttumisen mallia on tutkittu myös esimerkiksi syömishäiriöisten potilaiden parissa. Kuitenkin taudin monialaisuudesta johtuen, ei mallin hyödynnettävyydestä tässä yhteydessä ole olemassa vielä vahvaa näyttöä. (Currin & Schmidt, 2005, 612–621.)

Lastensuojelussa varhainen puuttuminen on vakiinnuttanut asemansa vahvasti, sillä lastensuojelulaki itsessään edellyttää mahdollisimman varhaista toimintaa. Esimerkiksi Sosiaali- ja terveysministeriön vuodesta 2001 koordinoiman Varhaisen puuttumisen hankkeen päämääränä on ollut edistää lasten, nuorten ja lapsiperheiden hyvinvointia yhdessä Opetusalan Ammattijärjestö OAJ:n kanssa. Suomessa Esa Erikssonin ja Tom Erik Arnkilin kehittämä Huolen puheeksiottamisen- menetelmä on ollut käytössä laajasti. Menetelmän tarkoituksena on ollut madaltaa lasten ja nuorten kanssa työskentelevien työntekijöiden kynnystä varhaiseen puuttumiseen sekä parantaa dialogia perheiden ja ammattilaisten välillä. (Eriksson & Arnkilin 2005, 7-8.)

Sosiaali- ja terveysministeriön vuodesta 2001 koordinoiman Varhaisen puuttumisen hankkeen keskeinen työväline on ollut huolen vyöhykkeistö. Huolen vyöhykkeistö kehitettiin Stakesin Palmuke-projektissa, jossa tavoitteena oli yli sektorirajojen menevän vuoropuhelun ja yhteistoiminnan edistäminen sekä henkilöstön toimintakyvyn lisääminen (Arnkil, Eriksson & Arnkil 2000.) Huolen vyöhykkeistö koostuu seitsemästä eri vyöhykkeistöstä, jotka auttavat työntekijää jäsentämään huolensa asetta sekä oman omien auttamismahdollisuuksien riittävyyttä.

Erikssonin ja Arnkilin (2005, 21) mukaan psykososiaalisessa työssä olisi hedelmällisempää puhua ongelmien sijaan kunkin omasta, subjektiivisesta huolesta. Huolen taustalla on työntekijöiden intuitiivinen kuva asiakkaan tilanteesta sekä omista, että tiedossa olevan verkoston voimavaroista. Jokaisessa asiakas-suhteessa syntyvä ymmärrys perustuu intuitiiviseen kuvaan, joka puolestaan rakentuu kolmesta elementistä. Näitä ovat kognitiivinen, moraalinen ja emotionaalinen elementti (Eriksson & Arnkil 2005, 21.)

Varhaista puuttumista käytetään laajasti myös muussa sosiaalityössä. Erilaisia interventioita on kehitetty vanhemmuuden ja kasvatuksen tueksi, sillä lapsen kehitykseen liittyvistä riskitekijöistä on nykypäivänä runsaasti tietoa. Landyn ja Mennan (2006, 17) mukaan lapsiperheiden korkeariskisyys näyttäisi kohdistuvan tiettyihin asiakasryhmiin. Näitä ovat esimerkiksi päihdeongelmista tai vakavista mielenterveydellisistä häiriöistä kärsivien henkilöiden perheet. Lastensuojelu- ja perhetyössä varhaista puuttumista voidaan toteuttaa useilla eri interventioilla, joiden pituus vaihtelee. Landyn ja Mennan (2006, 75) mukaan interventioita voidaan käyttää monipuolisesti niiden eri lähetysmäistapoja hyödyntäen. Usein moniongelmaiset perheet hyötyvät sekä ryhmä- että yksilöinterventioista, jotka tähtäävät esimerkiksi vuorovaikutuksen vahvistamiseen, vanhemmuuden tukemiseen sekä lapsen käytösongelmien hoitoon (Landy & Menna 2006, 75.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata ikääntyneiden kaltoinkohteluun johtavia riskitekijöitä ja varhaista puuttumista pitkäaikaishoidossa ja palveluasumisessa. Suomessa varhaista puuttumista on hyödynnetty muun muassa psykiatrisen potilaiden hoidossa sekä lastensuojelussa. Käsite ”vanhusten kaltoinkohtelu” on lääke- ja hoitotieteellisessä kirjallisuudessa verrattain uusi. Tutkimuksia aiheesta on tehty viimeisen 40 vuoden ajan, mutta niiden määrä suhteessa esimerkiksi lasten kaltoinkohtelua käsitteleviin tutkimuksiin on erittäin vähäinen. Kuitenkin viime vuosina kiinnostus ja keskustelu vanhusten kaltoinkohtelusta ovat heränneet ja myös laajoja artikkeleita ja tutkimuksia on asiasta julkaistu, varsinkin anglosaksisissa maissa. Teoriaosuus työstä painottuu nimenomaan näiden tutkimusten ja artikkeleiden läpikäyntiin. Työn toteutustavaksi on valittu kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Kirjallisuuskatsauksessa pyritään tarjoamaan tietoa riskitekijöiden tunnistamiseen ja kaltoinkohtelun varhaiseen puuttumiseen. Tulosten pohjalta on laadittu toimentasuositukset varhaiseen puuttumiseen ikääntyneiden palveluasumisen ja pitkäaikaishoidon työympäristöön.

Kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymykset on muotoiltu tavoitteiden pohjalta seuraaviksi:

1. Millaiset tekijät hoitoympäristössä vaikuttavat ikääntyneen kaltoinkohteluun?
2. Voidaanko ikääntyneen kaltoinkohtelua ennakoida ja tunnistaa? Jos voidaan, miten?
3. Voidaanko hoitotyötä kehittämällä ja hoitohenkilökuntaa kouluttamalla ehkäistä kaltoinkohtelua?
4. Onko varhaista puuttumista tutkittu ikääntyneiden kaltoinkohtelutilanteissa? Jos on, miten varhaista puuttumista on tässä yhteydessä sovellettu?

6 TUTKIMUSMENETELMÄT

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi on valittu kuvaileva kirjallisuuskatsaus, tarkemmin eriteltynä integroiva kirjallisuuskatsaus. Kirjallisuuskatsaukset voidaan jao- tella erilaisiin lajityyppeihin analyysitavan mukaisesti. Katsaukset voivat olla esimer- kiksi systemaattisia, kuvailevia tai meta-analyttisiä. Verrattuna systemaattiseen kir- jallisuuskatsaukseen, kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa tutkimuskysymykset ovat väljempiä. Kuvailevasta kirjallisuuskatsauksesta voidaan erottaa kaksi eri lähestymis- tapaa, jotka ovat narratiivinen ja integroiva katsaus.(Salminen, 2011, 6-9.)

Integroivaa tutkimuskatsausta käytetään, kun halutaan kuvata tutkittua ilmiötä mahdollisimman laajasti ja monipuolisesti. Integroiva katsaus ei siten ole yhtä vali- koiva eikä se seulo tutkimusaineistoa yhtä tarkasti kuin systemaattinen katsaus. Tar- koitus on, että tutkimuksen kohteesta on mahdollista kerätä huomattavasti isompi otos.(Salminen, 2011, 6-9.) Integroidussa kirjallisuuskatsauksessa voidaan myös yh- distää eri metodein toteutettuja tutkimuksia samaan katsaukseen (Laaksonen, Kuu- sisto-Niemi & Saranto 2010, 28).

Voidaan sanoa, että kirjallisuuskatsauksen avulla tehdään ”tutkimusta tutkimukses- ta” eli kootaan tutkimuksien tuloksia, jotka ovat perustana uusille tutkimustuloksille. Yksi kirjallisuuskatsauksen tehtävistä on myös tunnistaa niitä aihepiirejä, joista syväl-

lisempää ja laajempaa tutkimusta vielä tarvitaan. Websterin ja Watsonin (2002,13) mukaan kirjallisuuskatsaukset voivat olla aiheeltaan yleisesti tunnettuja ja joista tutkimustietoa on kertynyt laajasti. Toisena vaihtoehtona on valita vähemmän tunnettu aihe, johon kirjoittaja etsii teoreettista perustaa. Tässä yhteydessä kirjallisuuden laajuus olisi väistämättä suppeampi, mutta vahvuudet löytyisivätkin teorian tiedon ja käsitteellisen mallin yhdistämisestä.

6.1 Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen edut ja kritiikki

Hirsijärven (2009,258) mukaan kirjallisuuskatsauksen laatiminen tarjoaa erinomaisen mahdollisuuden oppimiseen, mutta tarjoaa tutkimusmuotona myös omat haasteensa. Kirjallisuuskatsauksen aihe on tunnettava niin hyvin, että katsaukseen seulotaan vain tutkimusaiheeseen liittyvä olennainen kirjallisuus ja tutkimukset. McCaben (2005, 41) mukaan kirjallisuuskatsauksen tavoite ei ole todistaa tietyn aihe-alueen tuntemusta vaan myös lisätä kirjoittajan ymmärrystä tieteellisen tutkimuksen teosta. Tämä edellyttää, että opiskelija sisäistää erilaiset tutkimustavat sekä terminologiset ja metodologiset lähtökohdat.

Vaikka kuvaileva kirjallisuuskatsaus antaa paljon vapauksia tutkimuksen toteutuksen osalta, on myös olemassa niitä koulukunnan edustajia, jotka kokevat kuvailevan kirjallisuuskatsauksen antavan liian paljon vapauksia kirjallisuuskatsauksen toteuttajalle. Finkin mukaan (2011, 44) kuvaileva kirjallisuuskatsaus on ”omalaatuinen” ja usein heikkolaatuisesti toteutettu verrattuna systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Fink kritisoi kuvailevaa kirjallisuuskatsausta metodina, johon valitaan tutkimuksia ilman minkäänlaista seulaa ja katsaukseen kelpuutetaan myös heikkolaatuiset tutkimukset. Finkin mukaan (2011, 44) kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tekijät valitsevat tutkimukseensa usein raportteja ja julkaisuja ilman perusteluja sille, miksi ne ovat tutkimukseen valikoituneet. Tämä johtaa siihen, että kirjallisuuskatsauksissa on heikkolaatuisia tutkimuksia tai sellaisia joiden tutkimustulokset ovat jopa valheellisia. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen puolestapuhujat pitävät kuvailevaa kirjallisuuskat-

sausta usein epätieteellisenä foorumina, jossa kirjoittaja ajaa läpi omia näkemyksiään asiasta. (Jesson, Matheson & Lacey 2001, 74.)

Silvermanin (2000, 228) mukaan yksi olennainen osa laadullista tutkimusta, myös kuvailevaa kirjallisuuskatsausta, on tutkimusaineiston kriittinen analysointi. On myös syytä huomauttaa, että kaikenlaisiin tutkimuksiin voidaan sisällyttää epätarkkaa tai valheellista tietoa riippumatta siitä, minkä tutkimusmetodin kirjoittaja on työlleen valinnut. Myös kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheisiin kuuluvat tutkimusongelman asettelu, tutkimusaineiston hankkiminen, tulosten arviointi, analyysi ja tulosten esittäminen. Salmisen (2011, 8) mukaan kyse on myös metodisesta vaatimuksesta, sillä kriittisen arvioinnin avulla tärkein tutkimusmateriaali on mahdollista tiivistää katsauksen perustaksi.

6.2 Aineistonkeruumenetelmät ja haun toteutus

Tutkimusvaihteittain kuvattuna integroitu kirjallisuuskatsaus ei tutkimusvaiheidensa osalta juurikaan eroa systemaattisesta kirjallisuuskatsauksesta. Ensimmäisessä vaiheessa asetetaan tutkimuskysymys ja selvitetään tutkimuksen tarkoitus. Tämän jälkeen määritellään millaista aineistoa kirjallisuuskatsaukseen etsitään ja toteutetaan aineistohaku. Seuraavassa vaiheessa aineistosta valikoidaan kirjallisuuskatsauksessa käytettävät tutkimukset ja artikkelit ja ne analysoidaan. Lopuksi aineistoa tulkitaan ja tulokset esitellään kirjallisuuskatsaukseen koottuna synteeseinä. (Cooper 1998, 15.)

Kirjallisuuskatsaukseen etsittiin hoitotieteen, geriatrian, gerontologian ja sosiaalityön piiriin kuuluvaa kirjallisuutta. Kirjallisuuskatsauksen aineistohakuun sopivien hakusanojen löytämiseksi tehtiin alustavia hakuja CINAHL-tietokantaan. Koehaussa testattiin erilaisia hakutermejä ja selvitettiin mitkä termiyhdistelmät löysivät eniten relevantteja artikkeleita. Esimerkiksi ikääntyneeseen henkilöön viittaavia käsitteitä on englanninkielellä useita. Näitä ovat esimerkiksi old person, senior, elder, elderly,

retired person sekä senior citizen. Ikääntyneeseen henkilön viittaavista käsitteistä selvästi eniten hakutuloksia tuottivat ”elderly” ja ”elder” käsitteet.

Lopullinen verkkopohjainen aineistohaku toteutettiin englanninkielellä CINAHL- tietokannassa. Hakusanoina käytettiin ”Neglect” tai ”Abuse” yhdistettynä termiin ”Elder” tai ”Elderly”. Hakuyhdistelmät tuottivat yhteensä 511 artikkelia, joten aineistoa päätettiin rajata vielä lisäämällä hakuun sana ”Care”. Rajauksen jälkeen jäljelle jäi 190 artikkelia. Varhaisen puuttumisen mallia käsitteleviä artikkeleita ja tutkimuksia etsittiin aineistohaun toisessa vaiheessa. Termiä ”Early Intervention” yhdistettiin sanoihin ”Elderly” sekä ”Elder”. Tämä yhdistelmä tuotti 27 artikkelia. Yhteensä läpikäytyjä artikkeleita oli 217.

Elektroniset tietokannat ovat nopeita ja tehokkaita, niiden ongelmana on relevanttien artikkeleiden tunnistaminen. Vääränlaiset hakutermit saattavat jättää pois yli 50 % relevanteista artikkeleista (Whittemore & Knafl 2005, 548). Kaikkia kirjallisuuskatsauksessa käytettyjä artikkeleja ja tutkimuksia ei ole saatavilla CINAHL-tietokannasta, joita olivat esimerkiksi Suomen Lääkärilehdessä julkaistut artikkelit, yliopistojen omissa tietokannoissa julkaistut väitöskirjat sekä maakohtaiset ministeriöiden raportit. Suomen lääkäri-lehdessä julkaisemat artikkelit etsittiin Aleksi-tietokantaa hyödyntäen. Hakusanoina käytettiin termejä ”ikääntynyt”, ”varhainen puuttuminen” ja ”kaltoinkohtelu”.

6.3 Artikkelien valintakriteerit

Kirjallisuuskatsaukseen sisällytetyt tutkimukset valittiin tietyillä kriteereillä, jotka perustuivat tutkimuskysymyksiin. Kirjallisuuskatsauksessa aineistona käytetyt artikkelit ja tutkimukset hyväksyttiin seuraavin kriteerein:

- Narratiiviset tutkimukset yhden tai muutaman henkilön kokemuksista jätettiin tutkimusaineiston ulkopuolelle

- Tutkimukset ja artikkelit on julkaistu viimeisen kymmenen vuoden aikana
- Tutkimuksen tai artikkelin julkaisija on tieteellinen aikakauslehti, korkeakoulu, yhteisö tai seura
- Kaltointkohtelua käsittelevän tutkimuksen on fokusoiduttava nimenomaan ikääntyneiden kaltointkohteluun hoitolaitoksissa.
- Tutkimuksen tai siitä tehdyn artikkelin julkaisukieli on suomi tai englanti
- Elektronisessa julkaisussa saatavana koko tutkimus

Lopulta katsaukseen valikoitui 22 erilaista artikkelia, tutkimusta ja raporttia. Näistä 22 artikkelista ja tutkimuksesta, kolme oli suomenkielisiä. Suomenkielisessä aineistossa oli mukana yksi väitöskirja ja kaksi Suomen Lääkärilehden artikkelia. Julkaisua-jankohdaltaan vanhimmat artikkelit olivat julkaistu vuonna 2003. Näitä oli aineistossa kaksi kappaletta. Kirjallisuuskatsauksessa hyödynnetyistä julkaisuista tuorein oli voo-delta 2013.

6.4. Aineiston laadun arviointi ja analyysi

Kirjallisuuskatsaukseen kootun aineiston laatu on arvioitu hyödyntämällä Cesario, Morin & Santa-Donaton (2002, 708–714) laadullisen tutkimuksen arviointiohjeita. Integroidut katsaukset voivat sisältää sekä kvalitatiivisia että kvantitatiivisia tutki-muksia, raportteja, kirjallisuuskatsauksia ja selvityksiä. Käytetyn aineiston laatua ar-vioitiin seuraavasti:

- Onko julkaisussa määritelty tutkimuskohde tai tutkimuskysymys
- Onko aineisto ja sen relevanttius kuvattu suhteessa tutkimuskysymykseen
- Onko kerätty aineisto riittävä niin, että siitä voidaan tehdä yleistettävyyksiä tai johtopäätöksiä
- Onko tutkimuksessa kuvattu käytettyä analyysimenetelmää ja sitä, miten me-netelmää sovellettiin kerätyn aineiston kohdalla
- Onko tutkimuksessa esitetyt teoreettiset hypoteesit yhdenmukaisia tutki-mustulosten kanssa

- Perustuvatko tutkimustulokset kerätyyn aineistoon ja onko tutkimustulosten luotettavuutta arvioitu
- Onko tutkimustuloksilla soveltuvuusarvoa käytännön hoitotyössä

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen toteutus on aineistolähtöistä tutkimusta, sillä tutkimuksen pääpaino on aineistossa. Aineistolähtöisyys vaatii tutkijalta ennakkokäsitysten poissulkemista ja systemaattisuutta, mutta aivan samalla tavalla tieteellisyyttä edellytetään muiltakin analyysimenetelmiltä. Aineistolähtöinen analyysi saattaa vaikuttaa sattumanvaraiselta ja intuitiiviselta. Tutkijan on kuitenkin tarkoitus reflektoida tekojaan, arvioida tutkimuksen luotettavuutta ja pätevyyttä siten, että lukija saa tietoa tutkimuksen taustoista ja tutkimusprosessin kulusta. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Aineiston analyysiin on olemassa erilaisia lähestymistapoja, joiden avulla aineistoa voidaan systemaattisesti läpikäydä. Analyysissa aineistoa tulisi pilkkoa ja jäsentää eli saada jaettua kokonaisuus pienempiin osiin tarkastelua varten. Tarkoituksena on siis tiivistää koottu aineisto lukijaystävälliseen muotoon. Erilaiset analyttiset tarkastelutavat ovat tavallaan näkökulmia aineiston tarkasteluun. Realistisessa tarkastelutavassa ollaan kiinnostuneita siitä, mitä aineistossa on ja mitä siinä kerrotaan tutkittavasta aiheesta. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Realistista tarkastelutapaa edustaa myös tässä opinnäytetyössä käytetty analyysitapa, joka on teemoittelu. Teemoja eli keskeisiä aiheita muodostetaan useimmiten aineistolähtöisesti etsimällä tekstistä yhdistäviä (tai erottavia) seikkoja, mutta myös teorialähtöinen, jonkin tietyn viitekehyksen tai teorian mukaisesti ohjautuva teemoittelu on mahdollista. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

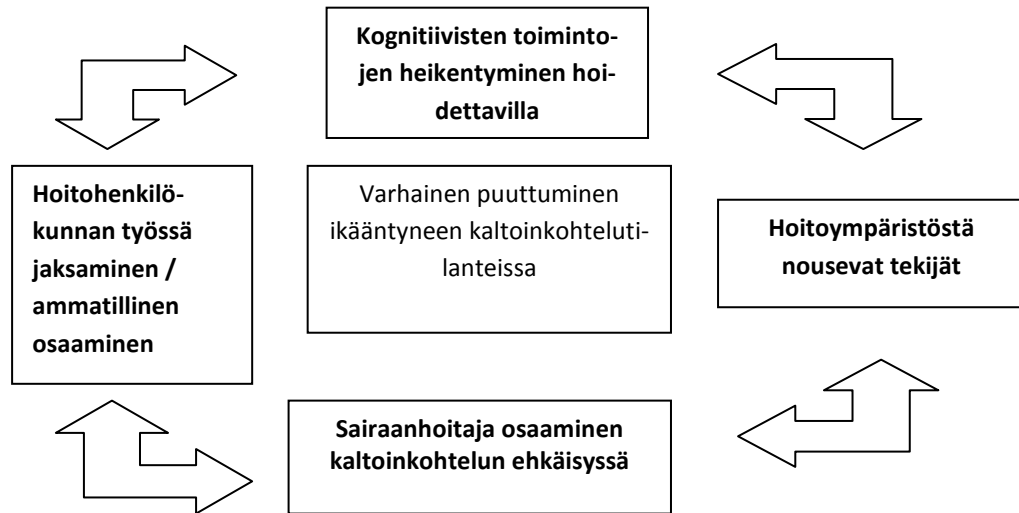
Aineiston läpi käynnin jälkeen aineisto ”jaoteltiin” eri teemojen alle sen mukaan, mistä näkökulmasta tutkimus tai raportti oli toteutettu ja millä tavalla aineisto oli yhteydessä kaltoinkohteluun. Oliko aineistossa tarkasteltu kaltoinkohtelua esimerkiksi hoitotyötä tekevien hoitajien näkökulmasta vai mahdollisesti sitä miten ikääntyneen yksilölliset riskitekijät ovat yhteydessä kaltoinkohtelun esiintyvyyteen?

Analyysia toteuttaessa aineisto jaettiin ensin karkeasti kolmeen eri osaan:

1. Ikääntynyt yksilönä ja ikääntyminen (ikäntynyt itsensä kaltoinkohtelijana, yksilölliset riskitekijät jne.)
2. Hoitoympäristö (hoitohenkilökunnan näkökulmasta toteutetut tutkimukset, fyysistä rajoittamista käsittelevät tutkimukset jne.)
3. Ammatillinen osaaminen (hoitotyön koulutus, ammatillinen kehittyminen, organisaation kehittäminen, jne.)

Ammatillinen osaamiseen ja hoitoympäristöön liittyvä aineistoa lähdettiin pilkkoamaan vielä pienempiin kokonaisuuksiin, sillä aineistoa oli tältä osin kertynyt melko runsaasti. Esiin nousivat kaltoinkohteluun liittyen sellaiset tekijät kuten sairaanhoitajan asiantuntijuus ja hoitajien työssä jaksaminen. Myös hoitotyön ja hoitotyön / gerontologisen koulutuksen kehittämistä käsiteltiin tutkimusaineistossa melko runsaasti.

Lopuksi aineistosta muodostui neljä teemaa, jotka käsittelevät varhaista puuttumista ja ikääntyneen kaltoinkohtelua eri näkökulmista. Näitä ovat: 1) Ikääntyneen yksilölliset tekijät 2) Hoitoympäristöstä nousevat tekijät 3) Sairaanhoitaja ikääntyneen kaltoinkohtelun asiantuntijana 4) Hoitohenkilökunnan työssä jaksaminen / ammatillinen osaaminen. Tutkimuskysymyksiin ja tutkimuksen tavoitteisiin peilaten, analyysista nousevat teemat muodostivat loogisen kokonaisuuden kaltoinkohteluaiheen ympärille.



KUVIO 3. Ikääntyneen kaltoinkohtelu ja varhainen puuttuminen: Aineistosta nousseet näkökulmat

7 TUTKIMUSTULOKSET

7.1 Hoitohenkilökunnan työssä jaksaminen

Siltalan (2003, 3689) mukaan työelämän psyykkiset vaikutukset sekä työn kuormittavuus olivat terveysriski 570 000 suomalaiselle jo ennen 2000-lukua. Vuosina 1990 ja 1997 toteutetuissa tutkimuksissa riskiryhmän kärkeen nousivat hoitoalan ammattilaiset. Hoitoalalla vaativa työ yhdistyy vähäisiin mahdollisuuksiin ajanhallinnan ja päätöksenteon suhteen. Ongelmana hoitotyötä tekevissä työyhteisöissä on myös työntekijöiden suuri vaihtuvuus, resurssipula sekä ilmapiiriongelmat.

Israelissa tehdyn tutkimuksen mukaan hoitajien (n=510) kokema stressi ja burnout-oireet olivat yhteydessä vanhusten kokemaan kaltoinkohteluun. (Natan, Lowenstein & Eisikovits 2010, 116). Hoitajien työssä jaksamiseen vaikuttavia tekijöitä on etsitty monessa eri tutkimuksessa. Yhdeksi työn henkistä kuormittavuutta lisääväksi tekijäksi on esitetty hoitotyössä esiintyvät, hoitajan omatuntoa kuormittavat tekijät. Juthbergin, Erikssonin, Sundin ja Norbergin tutkimuksessa (2007) on selvitetty, kuinka usein vanhusten parissa toimivat hoitajat kohtaavat tilanteita, jotka kuormittivat omatuntoa ja aiheuttavat moraalisia ristiriitoja. Tutkimuksessa myös selvitettiin, miten nämä ristiriidat olivat yhteydessä työuupumuksen oireisiin.

Juthbergin, Erikssonin, Sundin ja Norbergin tutkimuksessa selvisi, että riittämättömyyden tunne ja ristiriitaiset vaatimukset olivat vahvasti yhteydessä työuupumuksen oireisiin ja psyykkiseen kuormitukseen. Yleisin omatuntoa kuormittava tekijä oli ajan puute hoitotyössä. Varsinkin ne hoitajat, jotka kokivat työskentelevänsä omantuntonsa vastaisesti tai joutuivat hiljentämään omantuntonsa työssään, saivat muita hoitajia korkeammat työuupumusasteet. Tutkimuksessa käytetty Perceptions of conscience questionnairen ja Maslach Burnout Inventory – kyselylomakkeista saadut pistemäärien välinen yhteys oli tutkimuksessa vahva ($r=0,66$).

Myös toisessa hoitajien jaksamista ja kaltoinkohtelun välistä yhteyttä kartoittavassa tutkimuksessa on käytetty hyväksi Maslachin Burnout Inventory- kyselyä. Myös Natanin, Lowensteinin ja Eisikovitsin (2010, 113–120) tutkimuksessa burnout oireilla oli selvä korrelaatio ikääntyneiden hoidettavien kaltoinkohteluun. Tässä tutkimuksessa hoitajien koulutustasolla tai kliinisellä asiantuntemuksella ei ollut vaikutusta kaltoinkohtelun esiintyvyyteen. Siltalan (2003, 3689) mukaan hoitotyössä esiintyvät ristiriidat kulminoituvat henkilöstön sisäiseksi kysymykseksi ja aiheuttavat paineita henkilöstön vuorovaikutus-suhteisiin mitä huonoimmin henkilöstö on mitoitettu. Rutiininomainen hoitaminen yksilöllisyyden sijasta ruokkii syyllisyyttä ja lisää syyllistämistä työyhteisössä

Toisessa ruotsalaistutkimuksessa on puolestaan pureuduttu siihen, onko hoitajien koulutustasolla yhteyttä stressioireiden esiintyvyyteen. Kiinnostavaa on, että formaalisen koulutuksen hankkineilla hoitajilla on tutkimuksen mukaan vähemmän stres-

sioireita verrattuna ilman virallista tutkintoa työskenteleviin hoitajiin. Tutkinnon hankkineet hoitajat kärsivät muita hoitajia harvemmin univaikeuksista ja myös työn kuormittavuus raportoitiin vähäisemmäksi. (Engström, Skytt, Nilsson 2011, 732–741,)

7.2 Hoitohenkilökunnan ammatillinen osaaminen

Useissa kaltoinkohteluun liittyvissä artikkeleissa korostui henkilökunnan ammatillisen osaamisen merkitys kaltoinkohtelutilanteiden ehkäisyssä. Ikääntyneiden parissa työskentelevien hoitajien ammatillisen osaamisen suhteen löytyi useita kehityshaasteita. Ikääntyneiden hoitoa pidetään valitettavan usein pelkästään perushoitoa sisältävänä työnä, johon ei odoteta tarvittavan minkäänlaista erikoisosaamista. Aineistosta välittyi kuitenkin kuva gerontologisen hoitotyön haastavuudesta. Artikkeleissa viitattiin usein muun muassa muistisairaiden henkilöiden hoitoon ja hoitajien ammatillisuuteen. Bonnien & Wallacen mukaan (2003, 134) ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa korostuu erityisesti hoitajien kyky kohdata konflikteja ja hoidettavien aggressiivista käytöstä. Jos hoitajilla ei ole ammattitaitoa kohdata väkivaltaisesti käyttäytyvää, muistisairasta vanhusta, valitettavan usein nämä tilanteet kulminoituvat esimerkiksi verbaaliseksi sanasodaksi hoitajan ja hoidettavan välillä.

Ikääntyneiden määrän kasvaessa, myös psyykkisesti sairaiden vanhusten määrä pitkäaikaishoidossa ja palveluasumisessa todennäköisesti kasvaa. Psyykkisesti sairaiden iäkkäiden laadukkaan hoidon turvaaminen on haastavaa, sillä edelleen psyykkisen voinnin heikentyminen nähdään usein osana luonnollista ikääntymisprosessia. Verrattuna esimerkiksi siihen, kuinka paljon lasten ja nuorten psyykkisten oireiden tunnistamiseen ja hoitoon on hoitotyössä kohdennettu osaamista, on ikääntyneiden psyykkisten sairauksien hoito jäänyt Suomessa minimaaliseksi.

Iäkkäiden psykiatrisesta hoidosta ei myöskään ole kattavasti tietoa. Esimerkiksi skitsofreniapotilaita koskeva tutkimustieto on edelleen varsin niukkaa, sillä iäkkäiden henkilöiden vakavia mielenterveydenhäiriöitä, kuten psykooseja, on totuttu pitä-

mään harvinaisina. Myös iäkkäiden skitsofreniapotilaiden somaattista sairastamista on tutkittu melko vähän. (Alanen & Saarela 2008, 27–31.)

Hsun, Moylen, Creedyn ja Venturaton (2005, 16) mukaan on todennäköistä, että suuri osa ikääntyneiden mielenterveysongelmista jää pitkäaikaishoidossa kokonaan diagnosoimatta, vaikka noin kolmasosa ikääntyneistä pitkäaikaishoidon asiakkaita kärsii masennuksesta. Ongelmana on myös se, että ikääntyneiden hoidon erityisyyksiin perehtyneitä hoitajia ja lääkäreitä ei ole tarpeeksi, varsinkaan psyykkisen osaamisen näkökulmasta. Esimerkiksi Australiassa tehdyn tutkimuksen mukaan, 42 % tutkimukseen osallistuneista sairaanhoitajista uskoi, että ikääntyneet henkilöt eivät koskaan harkitse itsemurhaa.

Myöskään kolmasosa hoitajista ei ollut tietoinen paranoidisten ajatusten yhteydestä dementiaan. (Hsu, Moyle, Creedy & Venturato 2005, 18.) Kالتoinkehtelua laitossuhteissa käsittelevistä tutkimuksista nostetaan esiin myös huoli siitä, miten ikääntyneen itsensä aiheuttamaan laiminlyöntiin vanhustenhoidossa suhtaudutaan. Tutkimusten mukaan puolet ikääntyneiden hyväksikäyttö tapauksista ja kaksi kolmasosa kالتoinkehtelu tapauksista pitävät sisällään elementtejä ikääntyneen itsensä kالتoinkehtelusta (Levine 2003, 40). Samanlaiseen tutkimustulokseen on päästy myös Yhdysvalloissa, jossa 538 tutkitusta itseään kالتoinkehtelevästä ikääntyneestä, kolmasosa oli joutunut myös toisenlaisen kالتoinkehtelun uhriksi. Syynä tähän saattaa olla, että henkisesti ja fyysisesti haavoittuvat vanhukset ovat helppoja uhreja esimerkiksi rahalliseen hyväksikäyttöön. (Dyer, Franzini, Watson, Sanchez, Prati, Mitchell, Wallace, Pickens 2008, 264.)

7.3 Hoitoympäristöstä nousevat tekijät

Natanin, Lowesteinin ja Eisikovitsin (2010, 117) tutkimuksessa hoitolaitoksen koolla ja asukasmäärällä oli yhteys kالتoinkehtelutapausten määrään. Suomalaisen tutkimuksen mukaan fyysistä rajoittamista tapahtuu eniten terveyskeskusten vuodeosas-

toilla ja yli 20 asiakaspaikkaa sisältävissä hoitoyksiköissä. Terveyskeskusten vuodeosastoissa oli myös eniten suuria yli 30 asiakkaan hoitoyksiköitä. (Saarnio 2009, 77.) Natanin, Lowesteinin ja Eisikovitsin tutkimuksen mukaan (2010, 119) myös henkilökunnan vaihtuvuudella on yhteys kaltoinkohtelun esiintyvyyteen. Tähän syynä on Natanin, Lowesteinin ja Eisikovitsin mukaan (2010, 119) se, että henkilökunnan vaihtuvuus vaikeuttaa muistisairaiden ikääntyneiden laadukasta hoitoa. Muistisairaille jatkuva hoitohenkilökunnan vaihtuvuus voi aiheuttaa turvattomuuden tunnetta ja aggressiivisuutta. Jatkuvasti vaihtuva hoitohenkilöstö ei puolestaan ole tietoinen hoidettavien psyykkisestä ja fyysisestä tilasta ja aggressiivista ikääntyneitä ei osata hoitaa asianmukaisella tavalla. Saarnion mukaan (2009, 83) fyysisten rajoitteiden käyttö altistaa vanhuksen sekä fyysiselle että psyykkiselle kaltoinkohtelulle. Rajoittamistilanteessa vanhus altistuu hoitajan fyysiselle voiman käytölle. Fyysisten rajoitteiden käytön seurauksena vanhus siirretään syrjään myös muista vanhuksista. Saarnion tutkimuksessa fyysinen rajoittaminen vanhusten laitoshoidossa aiheutti myös sen, että vanhus jäi ilman hoitajien huomiota ja yhteisissä tiloissa tapahtuvan sosiaalisen kanssakäymisen ulkopuolelle.

Mooren ja Haralambousin tutkimuksessa on selvitetty mitkä tekijät vaikuttavat fyysisen rajoittamiseen laitososuhteissa. Mooren ja Haralambousin mukaan (2007, 535) monet hoitoympäristössä löytyvät tekijät vaikeuttavat fyysisten rajoitteiden vähentämistä vanhusten hoidossa. Tutkimukseen haastateltujen hoitajien mukaan suuret hoitoyksiköt, epäkäytännölliset asukashuoneet ja niissä oleva epäjärjestys lisäsivät kaatumisriskiä ja sen mukanaan tuoman tarpeen fyysiselle rajoittamiselle. Suurimaksi tekijäksi nähtiin kuitenkin hoitohenkilökunnan kiire ja resurssipula, joka aiheutti sen, ettei fyysistä rajoittamista voitu yksikössä vähentää.

7.4 Kognitiivisten toimintojen heikentyminen hoidettavilla

Useiden eri tutkimusten mukaan, dementiaa sairastavilla henkilöillä on kohonnut riski joutua kaltoinkohtelun uhriksi. On arvioitu, että dementia itsessään ei olisi kal-

toinkohtelussa riskitekijänä, vaan pikemminkin sairauden aiheuttamat käytösoireet yksilöllä (Bonnie & Wallace 2003, 93.)

Care Quality Commission julkaiseman raportin (2013,7) mukaan hoitokodeissa elävät, dementiaa sairastavat henkilöt joutuivat muita asukkaita useammin sairaalahoitoon kuivumisen, painehaavojen ja virtsatieinfektioiden vuoksi. Care Quality Commission teettämässä raportissa vastaava tilanne oli yli puolella tutkituista perusterveydenhuollon alueista Englannissa. Tutkimuksen mukaan sairaalaan joutuneet henkilöt myös olivat hoidossa keskimääräistä pidempään (CQC 2013, 7). Tutkimukset osoittavat, että laitoksessa asuva, dementiaa sairastava henkilö joutuu muita todennäköisemmin kaltoinkohtelun uhriksi. Lisäksi dementiaa johtuva aggressiivinen käytös on yhteydessä hoitohenkilökunnan verbaaliseen ja fyysiseen väkivaltaan hoidettavaa kohtaan. (Sandvide ym. 2004, 351–375, Levine 2003, 37–44.)

Näyttää siltä, että kognitiivisten toimintojen heikentyminen aiheuttaa suurentuneen riskin joutua myös seksuaalisen kaltoinkohtelun uhriksi. Ramsey-Klawnsnikin ja Teasterin tutkimuksessa (2012) on selvitetty seksuaalisen hyväksikäytön laajuutta eri osavaltioiden laitoksissa Yhdysvalloissa. Tutkimusaineisto piti sisällään 429 hyväksikäyttö ilmoitusta eri osavaltion laitoksista, joista 124 ilmoitusta koski ikääntyneitä uhreja. 64 % ikääntyneistä uhreista oli dementoituneita ja puolet heistä tarvitsi apua kaikissa arjen toiminnoissa. Tutkimuksissa selvisi että kuusi miestä ja kaksikymmentäkuusi naista oli todistettavasti joutunut seksuaalisen hyväksikäytön uhreiksi. Näistä tapauksista 78 % tapahtui valtion hoitokodeissa, uhrien iän keski-arvon ollessa 82. Myös Burgessin ja Phillipsin tutkimuksen (2006) tulokset antavat samansuuntaisia viitteitä dementian ja seksuaalisen kaltoinkohtelun yhteydestä. Burgessin ja Phillipsin 284 tutkitusta seksuaalisen kaltoinkohtelun uhrista yli puolella diagnosoitiin jonkin tason muistisairaus.

7.5 Sairaanhoitajan osaaminen kaltoinkohtelun ehkäisyssä

Ikääntyneiden hoitotyön erityiskysymykset ja niiden tunnistaminen nousivat aineistosta vahvasti esiin. Avosairaanhoidon lisääntyminen on asettanut hoitotyön ammat-

tilaiset kriittiseen rooliin kaltoinkohtelun tunnistamisessa esimerkiksi niissä tilanteissa, jossa ikääntynyttä kaltoinkohdellaan hänen omassa kodissaan (Bonnie & Wallace 2003, 127.) Bonnien ja Wallacen (2003, 127) mukaan hoitotyön koulutuksessa on yleensä huomioitu perheväkivaltaan ja lasten kaltoinkohteluun liittyvät teemat, mutta ikääntyneiden kaltoinkohtelu jää opetuksessa usein huomioimatta. McGarryn ja Simpsonin (2007, 27–30) mukaan ikääntyneiden kaltoinkohtelua pitäisi käsitellä laajemmin sairaanhoitajien koulutuksessa vaikka haasteena on se, miten tutkittua tietoa osataan viedä ja soveltaa käytännön hoitotyöhön. McGarry ja Simpson esittävätkin ongelman ratkaisuksi Comprehensive Learning Resource- mallia, joka hoitotyössä ulottuisi kaikille koulutusasteille sen mukaisesti, missä vaiheessa hoitotyön osaamista opiskelijat ovat. Bonnien ja Wallacen (2003, 127) mukaan tehokkain tapa kouluttaa hoitotyön ammattilaisia kaltoinkohtelun tunnistamiseen on teorian yhdistäminen käytännön harjoituksiin. Esimerkiksi Baylorin yliopistossa kaltoinkohtelun tunnistamista ja kaltoinkohtelua määrittelevien mittareiden käyttöä harjoitellaan yhteistyössä ikääntyneiden asiakkaiden kanssa. Lääketieteen opiskelijoiden harjoitteluyksikkö The California Medical Training Center on kehittänyt koulutusohjelman, jossa kaltoinkohtelua tunnistetaan, arvioidaan ja dokumentoidaan yhdessä oikeustieteen ja sosiaalityön asiantuntijoiden kanssa. (Bonnie & Wallace 2003, 127.)

Vaikka kaltoinkohteluun liittyvää tietoutta tulisi lisätä koko hoitotyön kentällä, tulisi hoitotyössä kehittää myös kaltoinkohteluun liittyvää erityisasiantuntijuutta. Pelkästään yleisen tason tietämys ei ikääntyneiden kaltoinkohtelun ehkäisyssä riitä vaan myös erityisosaamista tarvitaan. Suomessa tähän tarpeeseen ei kansallisella tasolla ole reagoitu, vaikka esimerkiksi Englannissa ikääntyneiden hoidon erityisosaamiskoulutus on alkanut jo vuosikymmen sitten (Williams 2010 20–21). Yhdysvalloissa kaltoinkohtelun ehkäisyyn, tunnistamiseen ja varhaiseen puuttumiseen on tarjolla myös maisteritason koulutusta. Esimerkiksi Etelä-Walesissa, Cardiffissa on käytetty vuodesta 2004 sairaanhoitaja-asiantuntija mallia ehkäisemään, tunnistamaan ja hoitamaan kaltoinkohtelutilanteita. Sairaanhoitaja työskentelee sen aikuisväestön parissa, joka esimerkiksi ikänsä tai sairautensa puolesta on erityisen haavoittuva kaltoinkohtelulle tai hyväksikäytölle. Asiantuntijasairaanhoitajan työkuvaan kuuluu tiivis yhteistyö alu-

een sairaaloiden sekä mielenterveyspalveluiden kanssa (O'Donovan 2005, 38: Cardiff County Council 2003, 5.)

7.6 Ikääntyvän kaltoinkohtelua tunnistavat ja arvioivat mittarit hoitotyössä

Fulmerin, Guadagnon, Dyerin ja Connollyn (2004, 298) mukaan mittareihin kohdistuvaa kehitystyötä on jarruttanut vähäinen tutkimustyö ikääntyneiden kaltoinkohtelun osalta. Ongelmana on myös se, että standardikriteerit kaltoinkohtelu-diagnoosille puuttuvat. Näin ollen asiantuntijoilla ei ole yhtenäistä näkemystä siitä, millä ja miten kaltoinkohtelua mitataan ja mitä kaltoinkohtelu-diagnoosiin tulisi sisällyttää.

Yafen, Wolfsonin ja Lichtwickin (2009, 646–654) mukaan eri ammattikuntien lähestymistavat ikääntyneen kaltoinkohtelun arviointiin vaihtelevat. Sosiaali- ja terveysalan ammattilaiselle suunnatun ryhmähaastattelun perusteella lääkäreiden käytänteissä korostuvat mittariston tarkkuus ja käytettyjen termien määriteltävyys. Lääkärit hakevat käytetyn kyselyn tai mittariston kautta tukea kliinisen kuvan määrittelyyn. Sosiaalialan ammattilaisten arviointikäytännöt ovat tarvelähtöisiä. Kaltoinkohtelutilanteiden arvioissa korostuu ikääntyneen oikeuksien toteutuminen. Myös kysymysten pehmeä ja hienovarainen esitystapa nousi tärkeäksi tekijäksi kaltoinkohtelun arvioinnissa. Sosiaalialan edustajat suosivat useimmiten pitkiä ja kattavia kyselyitä ja täyttävät ne yleensä tiiviissä yhteistyössä ikääntyneen kanssa. Toimintatapana saat-
taa olla myös kyselyn täyttäminen ikääntyneen puolesta. Näin halutaan varmistaa, että kaikki kaltoinkohtelua kuvaava tieto tulee varmasti dokumentoitua. Hoitajien lähestymistapa on kaltoinkohtelun arvioinnissa suora ja käytännönläheinen. Toiminnassa korostuu ajan säästö ja tehokkuus, samoin kuin lääkäreillä. Hoitajien perustelut toiminnalle nousevat vahvasti käytännön hoitotyöstä. (Yafe, Wolfson ja Lichtwick 2009, 646–654.)

Amerikan lääketieteellinen yhdistys (American Medical Association) eli AMA on tehnyt hoitosuosituksen ikääntyneiden kaltoinkohtelutilanteiden tunnistamisen ja hoi-

don osalta vuonna 1992. Tarkoituksena oli, että linjaus olisi tullut käyttöön laajasti ja hoitokäytänteet olisivat yhdenmukaistuneet. Suosituksena on ollut, että kaltoinkohtelua arvioitaisiin rutiininomaisesti jokaisen geriatrisen potilaan kohdalla. (AMA 2008, 10.) Tällä hetkellä käytössä olevat mittarit kuitenkin keskittyvät jo tapahtuneen kaltoinkohtelun tunnistamiseen ja siitä aiheutuvien haittojen havainnointiin. Käytetyistä tietolähteistä ei löytynyt mittaria, joka ovat erityisesti tarkoitettu tunnistamaan ikääntyneen kaltoinkohteluun viittaavia merkkejä pitkäaikaishoidossa. Mielenkiintoista on, että mittaria ei ole vuosien aikana lähdetty aktiivisesti kehittämään vaikka esimerkiksi Meeks-Jostrom (2004, 248) toi esille samaisen puutteen jo vuosikymmenen sitten.

Ikääntyneen kaltoinkohtelun merkkien ja riskitekijöiden tunnistamiseen esimerkiksi ikääntyneen kotona tapahtuvan hyväksikäyttöön ja kaltoinkohteluun on olemassa lukuisia. Näitä ovat esimerkiksi Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test sekä Comprehensive Geriatric Assessment. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) pohjautuu moniammatillisen yhteistyöhön, jossa ikääntyneen tilannetta on mukana arvioimassa sekä lääkäri, että sosiaali- ja hoitotyön asiantuntijat. Kattavaan arviointiin kuuluvat muun muassa ikääntyneen sairaushistoria, ympäristötekijät ja ruumiin toimintojen läpikäynti (iho, silmät, suu sekä verenkierto)

Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST) on 15-kohtainen mittari, joka on ollut sosiaali- ja terveysviranomaisten käytössä Yhdysvalloissa jo 1990-luvun alusta saakka. H-S/EAST-testi on yksinkertainen, kyllä/ei-vastauksilla toimiva kysely. Suomessa tämä kaltoinkohtelua kartoittava testi näyttäisi olevan vielä melko tuntematon. Elder Assessment Instrument and (EAI) on 44-kohtainen, Likert-asteikkoon perustuva kysely, joka on ollut käytössä jo 1980-luvun alusta saakka. Kysely pitää sisällään seitsemän osa-aluetta, jotka käsittelevät muun muassa mahdollisia oireita ja tunnusmerkkejä fyysisestä kaltoinkohtelusta. Mittarin validiteetti ja reliabiliteetti ovat korkeita (0,83) ja sen sensitiivisyys on myös tutkimusten mukaan hyvä. (Meeks-Sjostrom 2004, 249: Bonnie & Wallace 2003, 365.)

8 TOIMINTASUOSITUKSET KALTOINKOHTELUN VARHAISEEN PUUTUMISEEN PALVELUASUMISESSA JA PITKÄAIKAISHOIDOSSA

Kaltoinkohteluun vaikuttavia tekijöitä on tutkittu viime vuosina melko runsaasti. Tutkimukset kuitenkin painottuvat perhepiirissä tapahtuvaan kaltoinkohteluun laitotosuhteita useammin. Niitä tutkimustuloksia, jotka keskittyvät kotona asuvan henkilön kaltoinkohteluun ei välttämättä voida suoraan soveltaa laitoksissa asuvan ikääntyneen kaltoinkohteluun. Syynä tähän on, että kotona asuvan ikääntyneen kaltoinkohtelija on suurimmassa osassa tapauksista henkilön läheinen, kuten oma puoliso tai lapsi. Se, että kaltoinkohtelija on ikääntyneen omainen luo aivan omanlaisensa lähtökohdan kaltoinkohtelun tutkimiseen ja myös siihen johtavat syyt saattavat juontaa kauas historiaan. Toisin sanoen, perhedynamiikalla voidaan olettaa olevan merkitystä kotona asuvan henkilön kaltoinkohtelusta keskustellessa. Laitotosuhteissa asuvan henkilön kaltoinkohteluun vaikuttavat puolestaan hoitotyön laatuun ja ikääntyneen kohtaamiseen sisältyvät tekijät, kuten hoitohenkilökunnan vaihtuvuus, työn kuormittavuus ja hoitoyksikön koko. (Natan M.B., Lowenstein A. & Eisikovits Z. 2010, 113–120, Saarnio 2009, 77.) Kirjallisuuskatsauksessa käytetyn aineiston perusteella kaltoinkohteluun pitkäaikaisyksiköissä vaikuttaa vahvasti työntekijän oma jaksaminen. Niin hoitohenkilökunnan kuin ikääntyneenkin näkökulmasta näyttäisi siltä, että ihanteellisin työympäristö olisi pieni yksikkö, jossa henkilökunta vaihtuisi mahdollisimman vähän ja työn kuormittavuus olisi kohtuullista.

Hoitohenkilökunnan täydennyskoulutukseen tulisi panostaa ja asiantuntijuutta vahvistaa. Kirjallisuuskatsauksessa käytetyn aineiston perusteella tarvetta olisi ainakin psykogeriatrisen koulutuksen lisäämiseen. Esimerkiksi passiivinen kaltoinkohtelu on usein yhteydessä hoitajan osaamattomuuteen ja tiedon puutteeseen. Hoitajien näkökulmasta ikääntyneen hoidettavan psyykkinen oireilu koetaan haastavana. Ikääntyneen oireilu voi aiheuttaa pelkoa ja stressiä niin muissa hoidettavissa kuin henkilökunnassa. Myös hoitotyön kuormittavuus lisääntyy. Nämä tekijät saattavat johtaa

ikäntyneen fyysiseen eristämiseen tai ylilääkitsemiseen, kun muita keinoja tilanteen ratkaisuun ei osata etsiä.

Varhaista puuttumista ikääntyneiden kaltoinkohteluun tulisi lisätä kehittämällä rutiinitarkastuksia esimerkiksi ravitsemuksen ja lääkehoidon osalta. Laitosolosuhteissa tapahtuvaan kaltoinkohteluun voidaan varhaisessa vaiheessa puuttua, mutta se vaatii henkilökunnalta objektiivista havainnointikykyä ja tietoa kaltoinkohtelun esiintymismuodoista. Sen lisäksi että hoitoyhteisössä pystytään tunnistamaan henkinen ja fyysinen kaltoinkohtelu, tulisi hoitohenkilökunnan tiedostaa myös muut kaltoinkohtelun ulottuvuudet. Näitä ovat esimerkiksi ikääntyneen ylilääkitseminen ja fyysinen eristäminen. Kun epäily kaltoinkohtelusta herää, on tärkeää hoitohenkilökunnan toimia objektiivisesti, ikääntynyttä ja hänen tilaansa kunnioittaen.

Kaltoinkohtelun tunnistamiseen kehitetyt mittarit toimivat apuvälineinä tilanteen arvioinnissa, mutta niiden tarkkuus ja luotettavuus voivat vaihdella. Siksi henkilökunnan tulisikin tutustua kaltoinkohtelua määritteleviin mittareihin ennakoivasti ja sopia, mitä mittaria kaltoinkohtelutilanteiden selvittämisessä käytetään. Kaltoinkohtelutilanteiden osalta tärkeää on myös tilanteiden tarkka ja objektiivinen kirjaus. Hoitotyön ammattilainen toimii roolissa, jonka tehtävänä on taata ikääntyneen hyvinvoinnin ja oikeuksien toteutuminen. Joskus kaltoinkohtelutilanteiden selvittäminen saattaa alkaa vasta vuosien kuluttua, jolloin kirjausten rooli korostuu entisestään.

Tutkimustuloksista nousi esiin sairaanhoitajan rooli kaltoinkohtelutilanteiden tunnistamisessa. Aineistoon perustuen voisi päätellä, että Suomessa sairaanhoitajan ammattitaidon monipuolisuutta ei ole täysin ymmärretty ikääntyneiden terveyden edistämisen osalta. Myös Suomessa tarvittaisiin gerontologisen hoitotyön erityisosamiskoulutusta, joka suuntautuisi kaltoinkohtelun ehkäisyyn, tunnistamiseen ja varhaiseen puuttumiseen. Näitä osaajia tarvittaisiin myös pitkäaikaishoidon yksiköihin. Kunnissa gerontologisen hoitotyön vetovoimaisuutta tulisi lisätä esimerkiksi perustamalla asiantuntijasairaanhoitajan virkoja tunnistamaan ja hoitamaan ikääntyneiden kaltoinkohtelutilanteita avo- ja pitkäaikaishoidossa. Monipuolinen työnkuva ikääntyneiden hoitoyksiköissä edistäisi osaavan hoitohenkilökunnan saatavuutta myös tulevaisuudessa.

Kaltoinkohtelun ehkäisyn tehostamiseksi voitaisiin kunnissa kokeilla esimerkiksi aiemmin esiteltyä Cardiffin-mallia. Tässä mallissa asiantuntija-sairaanhoidajan vastuulla on koordinoida aikuisväestöön kohdistuneiden kaltoinkohtelutapausten selvitystyötä yhdessä viranomaistahojen kanssa. Asiantuntija-sairaanhoidajan tehtävänä on myös järjestää koulutuksia kaltoinkohtelu- teeman osalta sekä lisätä yleistä tietoutta aiheesta. Nämä koulutukset ovat olleet pakollisia kaikille julkisella puolella työskenteleville henkilöille, jotka toimivat haavoittuvassa asemassa olevien aikuisten parissa Cardiffin alueella.

9 TULOSTEN LUOTETTAVUUS

9.1 Kirjallisuuskatsauksessa käytettyjen käsitteiden määrittely

Ikääntyneen kaltoinkohteluun vaikuttavat useat eri tekijät ja siksi myös sen tunnistaminen ja arvioiminen on haastavaa: onko toiminta ollut toistuvaa vai onko kyseessä ollut yksittäinen tapahtuma? Miten arvioida onko ikääntyneeseen kohdistuva passiivinen kaltoinkohtelu ollut tietämättömyyttä vai piittaamattomuutta? Ikääntyneeseen kohdistuvaa kaltoinkohtelua on haasteellista selvittää myös siitä syystä, että kaltoinkohtelua arvioidaan useilla eri mittareilla ja kriteereillä. Syynä tähän on se, että eri ammateissa toimivat asiantuntijat ovat kehittäneet ikääntyneen kaltoinkohtelun arviointiin omat mittaristot.

Sosiaali- ja terveysministeriön laatiman Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen mukaan (2008, 24) osa ikäihmisten hyvinvoinnin turvaamista ja terveyden edistämistä on varhainen puuttuminen terveydentilan ja toimintakyvyn heikkenemiseen, väkivaltaan ja kaltoinkohteluun. Somerkiven (2005,30) mukaan varhaisessa puuttumisessa korostuu asiantuntijakeskeisyys: ammatillaiset puuttuvat asiakkaittensa ja opettajat oppilaittensa huolta herättävään tilanteeseen. Toisaalta juuri asiantuntijakeskeisyys

ja huoli käsitteen subjektiivisuus on herättänyt kritiikkiä varhaista puuttumista kohtaan.

Sosiaalityössä varhaista puuttumista on tutkittu valtasuhteen ja leimautumisen näkökulmista (Hintikka 2010, Laulaja 2011). Hintikan mukaan (2010, 61) varhaista puuttumista käsittelevästä kirjallisuudesta nousee ristiriitaisesti esiin huoli-käsitteen intuitiivisuus sekä asiantuntijuuden rationaalisuus. Huoli on subjektiivinen käsite, joka kuitenkin asiantuntijan käsissä muodostuu objektiiviseksi tulkinnaksi asiakkaan tilanteesta. Laulajan mukaan (2011, 78) varhainen puuttuminen nähdään sosiaalityössä tärkeänä tekijänä perheiden ongelmien ehkäisyssä. Varhaisen puuttumisen menetelmät jakavat asiantuntijoiden mielipiteet kahtia. Osa kokee huoliluokittelun olevan sosiaalityössä leimaava ja aiheuttavan sen, ettei asiakas hae tarvitsemaansa apua.

9.2 Aineiston relevanttius

Aineistoa läpikäydessä varhaisen puuttumisen ja ikääntyneisiin kohdistuvan kaltoinkohtelun osalta oli huomattavissa sosiaalitieteiden aktiivinen lähestyminen ikääntyneiden kaltoinkohtelututkimusta kohtaan. Hieman yllättävää oli, että tutkimuksia kyseisestä teemasta esimerkiksi hoitotieteen ja gerontologian alalta oli selvästi vähemmän. Toisaalta sosiaalitieteelliset julkaisut keskittyivät useammin kotona tapahtuvaan kaltoinkohteluun. Syynä tähän voi olla, että laitoksissa asuvien kaltoinkohtelua on haastavampaa tutkia suhteessa kotona tapahtuvaan kaltoinkohteluun. Ne harvat tutkimukset, jotka ovat toteutettu laitospäristöissä, ovat seurantatutkimuksia esimerkiksi lääkehoidon toteutuksesta ja ylilääkitsemisen esiintyvyydestä. Ongelmana on myös se, että arviot kaltoinkohtelun yleisyydestä laitososuhteissa perustuvat usein alueellisiin raportteihin. Näissä raporteissa kaltoinkohtelu saatetaan määritellä hyvinkin eri tavoin.

Aineistoa katsaukseen haluttiin kerätä mahdollisimman laajasti, sillä aihe oli melko tarkasti rajattu. Varhaisesta puuttumisesta esimerkiksi lastensuojelussa ja psykiatrisen potilaiden hoidossa on olemassa runsaasti materiaalia. Tutkimusaiheeksi oli kuitenkin valittu laitoshoidossa olevat ikääntyneet, jonka vuoksi yhden tietokannan

tarjoama aineisto oletettiin olevan liian suppea. Useimmiten haasteet integroivan kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden osalta liittyvät siihen, että perusteluja katsaukseen valikoituneen aineiston relevanttiudesta ei ole esitetty. Tässä kirjallisuuskatsauksessa aineisto valikoitiin käyttämällä Cesario, Morin & Santa-Donaton (2002, 708–714) Laadullisen tutkimuksen arviointi ohjeita sekä toteuttamalla hakutermien esitestaus ennen varsinaista hakua. Näin pyrittiin toteuttamaan mahdollisimman laaja haku sekä löytämään monipuolinen aineisto katsaukseen. Tulosten luotettavuutta pyrittiin lisäämään sillä, että haku tehtiin sekä englanniksi että suomeksi. Suomenkielistä aineistoa etsittiin muun muassa Aleksi-tietokannasta. Näin eri maissa toteutettuja tutkimuksia pystyttiin vertailemaan ja niiden tulosten yhdenmukaisuutta arvioimaan.

10 LOPUKSI

Opinnäytetyön toteutustapa on integroiva kirjallisuuskatsaus ja katsauksessa käytetty aineisto koostuu ikääntyneiden kaltoinkohtelua ja varhaista puuttumista käsittelevästä 22 artikkelista ja tutkimuksesta, jotka ovat julkaistu vuosien 2003–2013 välisenä aikana. Aineiston analyysin pohjalta olen pyrkinyt vastaamaan määriteltuihin tutkimuskysymyksiin. Tulosten pohjalta laadittiin toimintasuositus pitkäaikaishoitoon ja palveluasumisen yksiköiden hyödynnettäväksi.

Varhaisen puuttumisen osalta haasteita hoitotyöhön tuo muun muassa käsitteen intuitiivisuus. Lisäksi varhaista puuttumista kaltoinkohtelun ehkäisyssä ei juuri ole tutkittu ikääntyneiden osalta. Ongelmana on myös se, ettei selvää konsensusta ole olemassa sen suhteen, mitä ikääntyneiden kaltoinkohtelu oikeastaan onkaan. Nämä kaksi seikkaa tulee ottaa huomioon myös johtopäätöksiä muodostettaessa. Lähtökohtana on ollut ensisijaisesti kartoittaa, millaista tutkimusta aiheen osalta on jo tehty ja millaista tutkimuksia tulevaisuudessa tarvitaan.

Näkemykseni on, että laajempaa tutkimustietoa aiheesta tarvitaan, jotta voidaan luoda vahvasti näyttöön perustuva, yksityiskohtainen toimintamalli ikääntyneiden

varhaiseen puuttumiseen pitkäaikaishoidossa ja palveluasumisessa. Tulevaisuudessa tärkeänä kehittämishaasteena on myös kaltoinkohtelua arvioivien mittarien juurruttaminen suomalaiseen hoitotyöhön. Suurin osa ikääntyneen kaltoinkohtelua arvioivista mittareista ovat saatavissa ainoastaan englanninkielisinä. Ne ovat myös monissa työyhteisöissä melko tuntemattomia. Esimerkiksi Elder Assessment Instrumentista (EAI) voitaisiin luoda suomenkielinen versio, jolloin mahdollisimman moni hoitotyöyhteisö tulisi hyödyntämään mittaria kaltoinkohtelutilanteiden arvioinnissa.

Liitteeksi tähän opinnäytetyöhön on luotu kaavio varhaisesta puuttumisesta ikääntyneiden kaltoinkohtelun osalta. Kaavio esittelee niitä ”solmukohtia”, jotka ovat oleellisia mietittäessä toimintamallia kaltoinkohtelun puuttumiseen. Näitä ovat esimerkiksi kaltoinkohtelun tunnistaminen ja arviointi luotettavalla mittarilla. Kaavio on toteutettu kirjallisuuskatsauksessa käytetyn aineiston pohjalta, mutta kaikkia näkökulmia siinä ei ole voitu huomioida aiheen laajuuden vuoksi. Näitä ovat esimerkiksi varhaisen puuttumisen vastuu- ja roolijako kysymykset. Kuka on vastuussa esimerkiksi kaltoinkohtelun arvioinnista tai raportoinnista? Useissa hoitotyön yhteisöissä ei ole tehty minkäänlaista toimintasuunnitelmaa kaltoinkohtelutilanteiden puuttumiseen. Myöskään vastuunjako ei ole selvitetty. Näissä tilanteissa kaavio voi kuitenkin toimia hyvänä työkaluna, kun suunnitelmaa ryhdytään rakentamaan ja varhaista puuttumista ikääntyneiden kaltoinkohtelun osalta tehostamaan.

LÄHTEET

Alanen, H-M & Saarela, T. 2008. Skitsofreniapotilaskin vanhennee. Suomen lääkäri-lehti. 63: 27–31.

American Medical Association. 2008. Report of the Council on Science and Public Health (A-08) Elder Mistreatment. Action of the AMA House of Delegates 2008 Annual Meeting. Viitattu 11.8.2013
<http://www.ama-assn.org/resources/doc/csaph/a08-csaph7-ft.pdf>

Bennett, G. & Kingston, P. 1993. Elder abuse: Concepts, theories and interventions. Chapman and Hall, London.

Blood, I. 2004. Older women and domestic violence: A report for help the aged. Help the aged, London.

Bonnie, R. & Wallace, R. 2003. Elder mistreatment: abuse, neglect, and exploitation in an aging. Panel to Review Risk and Prevalence of Elder Abuse and Neglect. Committee on National Statistics and Committee on Law and Justice, Division of Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, DC: The National Academies Press.

Burston, G.R. 1975. Granny Battering. British Medical Journal 9, 592. Viitattu 12.1.2013.
<http://www.bmj.com/content/3/5983/592.2>

Burgess A.W., Phillips, S.L. 2006. Sexual Abuse, Trauma and Dementia in the Elderly: A retrospective study of 284 cases. Victims and Offenders: An International Journal of Evidence-based Research, Policy, and Practice. 1, 193-204.

Cardiff County Council. 2004. Protection of Vulnerable Adults. Annual Report – 2003-2004. Viitattu 2.4.2013.
http://www.ssiacymru.org.uk/resource/d_4_Cardiff_AAPC_Annual_Report_2003-04_final.pdf

Care Quality Commission. 2013. CQC Care Update Issue 2. Viitattu 13.4.2013
<http://www.cqc.org.uk/public/reports-surveys-and-reviews/reports/care-update-issue-2>

Cooper, H. 1998. Synthesizing Research: a Guide for Literature Reviews. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.

- Dyer,C., Franzini, L.,Watson,M.,Sanchez,L., Prati,L., Mitchell,S., Wallace,R.& Pickens, S. 2008. Future Research: A prospective longitudinal study of elder self-neglect. *Journal of the American Geriatrics Society*. 56:52, 261–265.
- Engström, M.Skytt, B. & Nilsson, A. 2011. Working life and stress symptoms among caregivers in elderly care with formal and no formal competence. *Journal of Nursing Management*, 19, 732–741.
- Eriksson, H. 2001.Ofrid? Våld mot äldre kvinnor och män - en omfångsundersökning i Umeåkommun. Brottsoffermyndigheten. Viitattu 8.1.2013.
<http://www.brottsoffermyndigheten.se/Filer/B%C3%B6cker/Ofrid,%20v%C3%A5ld%20mot%20%C3%A4ldre%20kvinnor%20och%20m%C3%A4n.pdf>
- Erlingsson,C., Ono,M., Sasaki,A. & Saveman,B.2011. An international collaborative study comparing Swedish and Japanese nurses' reactions to elder abuse. *Journal of Advanced Nursing*.68 (1), 56–68.
- Fink, A. 2007.Practicing Research: Discovering evidence that matters. Sage Publications.
- Fulmer,T., Guadagno,L.,Dyer,CB.&Connolly, MT.2004. Progress in elder abuse screening and assessment instruments. *Journal of the American Geriatrics Society*. 52:2: 297-304.
- Hart, C. 1998.Doing a literature review: Releasing the social science research imagination. London: Sage.
- Hintikka, Kaisa. 2010. Varhainen puuttuminen valtasuhteena. Huoli, valta ja tiedon tuottaminen varhaisen puuttumisen käytännöissä. Tampereen yliopisto.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita.
- Hsu, M., Moyle, W.,Creedy, D., Venturato,L.2005. An investigation of aged care mental health knowledge of Queensland aged care nurses. *International Journal of Mental Health Nursing*. 14:1, 16–23.
- Jesson, J., Matheson, L. & Lacey, F. 2001. Doing your literature review: Traditional and systematic techniques. Sage Publications.
- Juthberg, C., Eriksson, S., Sundin, K.& Norberg, A.2008. Stress of conscience and perceptions of conscience in relation to burnout among care-providers in older people. *Journal of Clinical Nursing*. 17:14,1897-1906.
- Kivelä, S-L., Hartikainen, S., Isoaho, R. 2001. Iäkkäiden pahoinpitely. *Suomen Lääkärilehti*. 56:7, 775–779.
- Kivelä,S-L., Isoaho.R., Wasé, E.2002. Itsensä laiminlyövät ja epäsiistit vanhukset. *Suomen Lääkärilehti*. 57:2, 761–764.
- Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J. Zwi, A. & Lozano, A.2005. Väkipalta ja terveys maailmassa – WHO:n raportti. World Health Organization, Geneve.

- Landy, S. & Menna, R. 2006. Early Intervention With Multi-risk Families: An Integrative Approach. Brookes.
- Laulaja, P. 2011. Varhaista puuttumista vai varhaista leimaamista? Laadullinen tutkimus ehkäisevästä lastensuojelusta Helsingin Sanomien lastensuojelua koskevassa keskustelussa vuosina 2008–2010. Tampereen yliopisto.
- Levine, JM. Elder neglect and abuse: A primer for primary care physicians. *Geriatrics* 58:37–44.
- Mattila, M. 2011. Lapset perheväkivallan uhrina. Pro Gradu tutkielma. Lapin yliopisto: Oikeustieteen tiedekunta.
- McCabe, C. & Timmins, F. 2005. How to conduct an effective literature search. *Nursing Standard* 11, 41-7.
- McCreadie, C. 2002. A Review of Research Outcomes in Elder Abuse. *The Journal of Adult Protection*. 4:2 3-8.
- McGarry, J. & Simpson, C. 2007. Nursing Student and Elder Abuse: Developing a Learning Resource. *Nursing Older People*. 19:2, 27-30.
- McGarry, J. & Simpson, C. 2009. Identifying, reporting and preventing elder abuse in the practice setting. *Nursing Older People* 21:1, 33–38.
- Meeks-Sjostrom, D. 2004. A Comparison of Three Measures of Elder Abuse. *Journal of Nursing Scholarship*. 36:3, 247–250.
- Morse, M. & Procter, and N. 2011. Review: Exploring the role of mental health nurse-practitioner in the treatment of early psychosis. *Journal of Clinical Nursing*. 19:20.
- Moore, K. & Haralambous, B. 2007. Barriers to reducing the use of restraints in residential elder care facilities. *Journal of Advanced Nursing* 58:6, 532–540.
- Natan M.B., Lowenstein A. & Eisikovits Z. 2010. Psycho-social Factors Affecting Elders' Maltreatment in Long-term Care Facilities. *International Nursing Review* 57, 113–120.
- Neno, R. & Neno, M. 2005. Identifying abuse in older people. *Nursing Standard*. 20:3, 43-47.
- O'Keefe, M., Hills, A., Doyle, M., Constantine, R., Scholes, S., Erens, B., Biggs, S., McCreadie, C., Tinker, A. & Manthorpe, J. 2007. The UK national study of abuse and neglect among older people. *Nursing Older People* 19:8, 24-26.
- O'Donovan, S. Respect and Protect. 2005. *Nursing Older People*. 7:4, 38.
- Pillemer, K. & Moore, D. 1989. Abuse of Patients in Nursing Homes: Findings from a Survey of Staff. *The Gerontologist*. 29, 3, 314–320.

Ramsey-Klawnsnik, H. & Teaster, P. 2012. Sexual Abuse Happens in Healthcare Facilities—What Can Be Done To Prevent It? *Journal of the American Society on Aging*. 36:3, 53–59.

Retrospective Review of 284 Cases. *Victims & Offenders: An International Journal of Evidence-based Research, Policy, and Practice*. 1:2, 93-204. Care Quality Commission. Care Update. Issue 2: March 2013.

<http://www.cqc.org.uk/public/reports-surveys-and-reviews/market-report-preview/market-report-2012/13-infographic> Viitattu 22.4.2013.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. Analyysi ja Tulkinta. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietovarasto. Verkkojulkaisu. Viitattu 14.6.2013.

http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3.html

Saarnio, R. 2009. Fyysisten rajoitteiden käyttö vanhusten laitoshoidossa. Oulun yliopiston lääketieteellinen tiedekunta. Viitattu 11.4.2013.

<http://herkules oulu.fi/isbn9789514292088/isbn9789514292088.pdf>

Sandvide, A., Astrom, S., Norberg, A. & Saveman, B.I. 2004. Violence in institutional care for elderly people from the perspective of involved care providers. *Scandinavian Journal of Caring Science* 18, 351–375.

Salminen, A. 2011. Mikä on kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan Yliopiston Julkaisuja. Viitattu 28.12.2012

http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf

Siltala, J. 2003. Aggressio työelämässä. *Suomen lääkäri* 58:37, 3689-3692.

Silverman, D. 2006. *Interpreting Qualitative Data: Methods for analyzing talk text and interaction*. London: Sage.

Somerkivi, P. Mihin puututaan- Oppilaiden ongelmiin vain? Julkaisussa: Varpu opaslapselle tukea ajoissa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 13.2.2012

http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopakettit/amis/edistaminen/hv_tyo

Sulkava, R. 2010. Ikääntyneiden kaltoinkohtelu. Teoksessa *Geriatría*. Toim. R. Tilvis, A. Hervonen, P. Jäntti, A. Lehtonen, R. Sulkava. Duodecim. Viitattu 7.2.2013

http://www.terveysportti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=ger03702&p_haku=kaltoinkohtelu, Nelli-Portaali, Duodecim - Lääketieteen aikakauskirja

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet. 2012. Ikääntyneiden laitoshoido: Vanhainkotien 0-64-vuotiaat asiakkaat. Viitattu 6.2.2013

<http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu/hakusivu/metadata?type=I&indicator=2735>

Tossavainen, P. & Kuronen, R. 2012. Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. Viitattu 6.2.2012

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90785/Tr25_12.pdf?sequence=4

Vaarama, M.2009. Ikääntyminen riskinä ja mahdollisuutena. Poliittisen kestävyiden alaryhmän raportti. Valtioneuvoston kanslian raportteja 3 /2009.

<http://vnk.fi/julkaisukansio/2009/r03-ikaantymisen-riskina-jamahdollisuutena/pdf/fi.pdf>

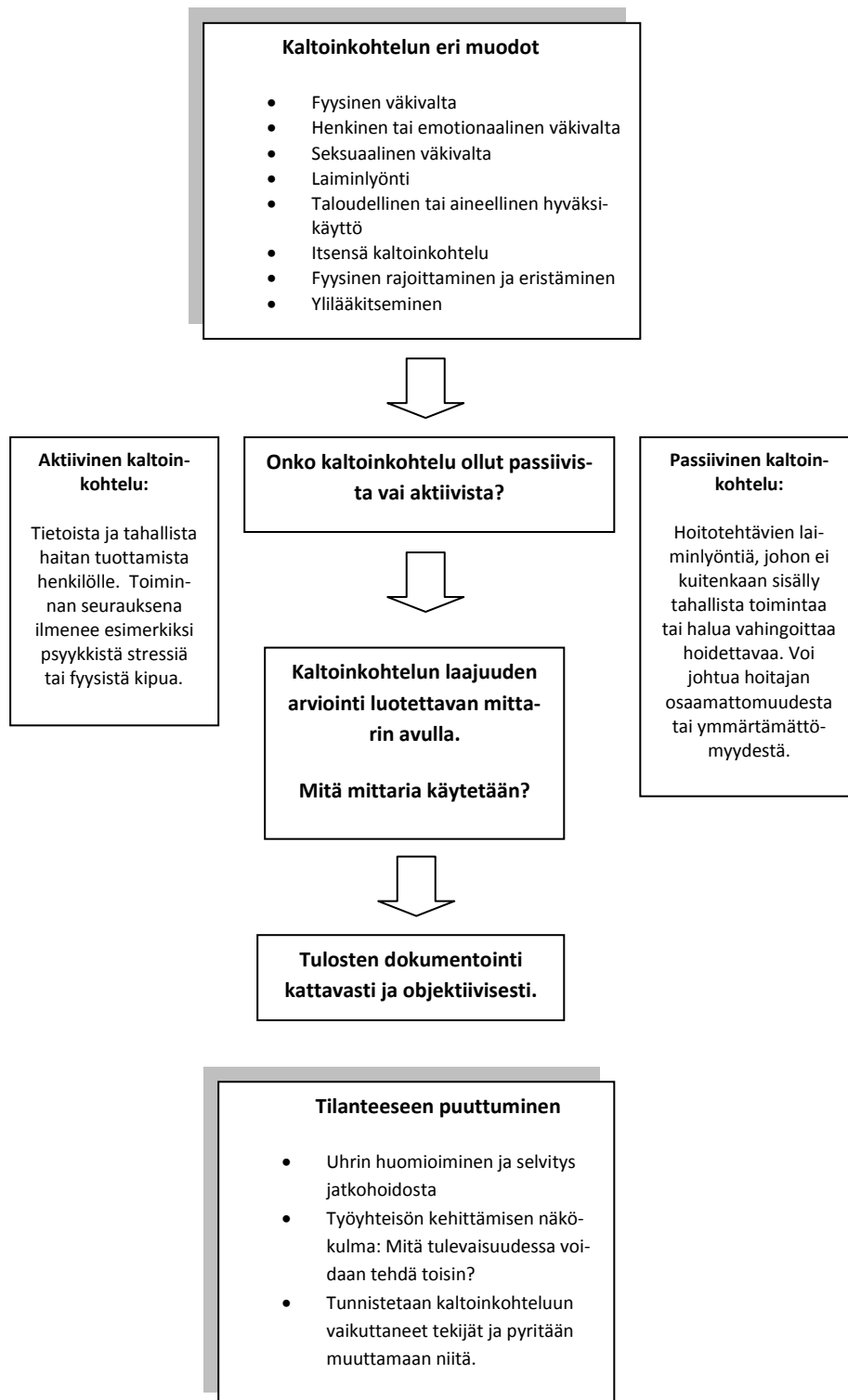
Webster, J. & Watson, R.T. 2002. Analyzing the past to prepare for the future: Writing a literature review. MIS Quarterly 2, 13–23.

Wiglesworth, A., Mosqueda,L., Mulnard, R., Liao, S., Gibbs,L., Fitzgerald, W. 2010. Screening for abuse and Neglect of people with dementia. Journal of the American Geriatrics Society. 58:493–500.

Williams, R.2010. Making a Difference as a Nurse Consultant. Nursing Older People. 22:2, 20-21.

Yaffe M.J., Wolfson C., Lithwick M., Weiss, D.2009. Professions show different enquiry strategies for elder abuse detection: Implications for training and interprofessional care. Journal of Interprofessional Care. 23:6, 646–654

Liite 1: Varhainen puuttuminen ikääntyneen kaltoinkohtelutilanteessa



Liite 2: Katsauksessa käytetty aineisto

- Alanen, H-M & Saarela, T. 2008. Skitsofreniapotilaskin vanhenee. Suomen lääkärilehti. 63: 27–31
- American Medical Association. 2008. Report of the Council on Science and Public Health (A-08) Elder Mistreatment. Action of the AMA House of Delegates 2008 Annual Meeting. Viitattu 11.8.2013
<http://www.ama-assn.org/resources/doc/csaph/a08-csaph7-ft.pdf>
- Bonnie, R. & Wallace, R. 2003. Elder mistreatment: abuse, neglect, and exploitation in an aging. Panel to Review Risk and Prevalence of Elder Abuse and Neglect. Committee on National Statistics and Committee on Law and Justice, Division of Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, DC: The National Academies Press.
- Burgess A.W., Phillips, S.L. 2006. Sexual Abuse, Trauma and Dementia in the Elderly: A retrospective study of 284 cases. Victims and Offenders: An International Journal of Evidence-based Research, Policy, and Practice. 1, 193-204.
- Cardiff County Council. 2004. Protection of Vulnerable Adults. Annual Report – 2003-2004.
- Care Quality Commission. 2013. CQC Care Update Issue 2. London.
- Dyer, C., Franzini, L., Watson, M., Sanchez, L., Prati, L., Mitchell, S., Wallace, R. & Pickens, S. 2008. Future Research: A prospective longitudinal study of elder self-neglect. Journal of the American Geriatrics Society. 56:52, 261–265.
- Engström, M., Skytt, B. & Nilsson, A. 2011. Working life and stress symptoms among caregivers in elderly care with formal and no formal competence. Journal of Nursing Management, 19, 732–741.
- Fulmer, T., Guadagno, L., Dyer, C. B. & Connolly, M. T. 2004. Progress in elder abuse screening and assessment instruments. Journal of the American Geriatrics Society. 52:2: 297-304.
- Hsu, M., Moyle, W., Creedy, D., Venturato, L. 2005. An investigation of aged care mental health knowledge of Queensland aged care nurses. International Journal of Mental Health Nursing. 14:1, 16–23.
- Juthberg, C., Eriksson, S., Sundin, K. & Norberg, A. 2008. Stress of conscience and perceptions of conscience in relation to burnout among care-providers in older people. Journal of Clinical Nursing. 17:14, 1897-1906.
- Levine, J. M. Elder neglect and abuse: A primer for primary care physicians. Geriatrics. 58:37–44.
- McGarry, J. & Simpson, C. 2007. Nursing Student and Elder Abuse: Developing a Learning Resource. Nursing Older People. 19:2, 27-30.
- Meeks-Sjostrom, D. 2004. A Comparison of Three Measures of Elder Abuse. Journal of Nursing Scholarship. 36:3, 247–250.
- Moore, K. & Haralambous, B. 2007. Barriers to reducing the use of restraints in residential elder care facilities. Journal of Advanced Nursing 58:6, 532–540.
- Natan M.B., Lowenstein A. & Eisikovits Z. 2010. Psycho-social Factors Affecting Elders' Maltreatment in Long-term Care Facilities. International Nursing Review 57, 113–120
- Ramsey-Klawnsnik, H. & Teaster, P. 2012. Sexual Abuse Happens in Healthcare Facilities—What Can Be Done To Prevent It? Journal of the American Society on Aging. 36:3, 53–59.
- Saarnio, R. 2009. Fyysisten rajoitteiden käyttö vanhusten laitoshoidossa. Oulun yliopiston lääketieteellinen tiedekunta.
- Sandvide, A., Astrom, S., Norberg, A. & Saveman, B. I. 2004. Violence in institutional care for elderly people from the perspective of involved care providers. Scandinavian Journal of Caring Science 18, 351–375
- Siltala, J. 2003. Aggressio työelämässä. Suomen lääkärilehti. 58:37, 3689-3692.
- Williams, R. 2010. Making a Difference as a Nurse Consultant. Nursing Older People. 22:2, 20-21.
- Yaffe M.J., Wolfson C., Lithwick M., Weiss, D. 2009. Professions show different enquiry strategies for elder abuse detection: Implications for training and interprofessional care. Journal of Interprofessional Care. 23:6, 646–654